

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

**ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023.**

PRESENTADO POR:

BR. FIORELA QUENAYA QUISPE

BR. JENNIFER QUISPE BARAZORDA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

ASESORA:

Dra. ROSA MARIA JAVIER RAMOS

CUSCO- PERU

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada:.....

Estilos de vida y estado nutricional de las adultas
mayores del distrito de Andahuayllillas, Cusco 2023.

presentado por: Florencia Quenaya Quispe con DNI Nro.: 70457941

presentado por: Jennifer Quispe Barozorda con DNI Nro.: 70374878

para optar el título profesional/grado académico de

Licenciada en Enfermería

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 9%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 30 de Octubre de 2024

Rosa Maria Javier Ramos

Firma

Post firma Rosa Maria Javier Ramos

Nro. de DNI 23940082

ORCID del Asesor 2000-0000-0001-6221-2330

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: 27259:399041480

NOMBRE DEL TRABAJO

**ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICION
AL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DIS
TRITO DE ANDAHUAYLILLAS CUSCO 20
2**

AUTOR

**BR. FIORELA QUENAYA QUISPE Br. JEN
NIFER QUISPE BARAZORDA**

RECUENTO DE PALABRAS

21366 Words

RECUENTO DE CARACTERES

112984 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

100 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.9MB

FECHA DE ENTREGA

Oct 27, 2024 8:18 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 27, 2024 8:20 PM GMT-5

● **9% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)

PRESENTACION

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO.

De acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Facultad de Enfermería se presenta ante usted la investigación titulada “**ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023**”, para optar al título profesional de licenciados en Enfermería, ponemos a vuestra consideración la investigación.

Esperando que la presente investigación contribuya a buscar alternativas de solución para así mejorar los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, y que el centro de salud y municipio tomen medidas ante los resultados de la presente investigación.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitir llegar a este momento especial y por brindarnos la determinación para completar esta etapa. A todos los profesores que, mediante su experiencia y el conocimiento teórico-práctico, brindaron la oportunidad de desarrollar nuestros saberes, destrezas, habilidades y experiencias. A la Dra. Rosa María Javier Ramos, por guiarnos y sobre todo a nuestros padres, por su tiempo, paciencia y apoyo incondicional en el desarrollo de la tesis.

Finalmente queremos agradecer a la Municipalidad de Andahuaylillas por su colaboración y participación en la presente investigación.

DEDICATORIA

A Dios por dirigir mi camino, darme fuerza y valor para superar esta etapa. Con todo el amor y cariño para mi madre Delia y a mi padre Antonio por haberme educado, con amor y cultivar en mí, los valores e inculcar ese sabio don de la responsabilidad para culminar mi carrera profesional y ser una persona de bien. A mis hermanos Antony y Greice por brindarme su apoyo incondicional y confiar en mí, gracias por todo, la familia lo es todo. A mis maestros, por sus consejos y compartir desinteresadamente sus amplios conocimientos y experiencias.

FIGURELA QUENAYA QUISPE

DEDICATORIA

Al concluir esta hermosa etapa de mi vida quiero agradecer a Dios por darme la vida, a mi pilar fundamental, mis padres y hermano, que con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar al fin de la meta, han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, quienes fueron fuente de apoyo para convertirme en profesional.

A mi madre, mi mayor apoyo, siempre demostrándome su amor y apoyo incondicional, A pesar de las dificultades que Dios me brindó, siempre estuviste presente para animarme, impulsarme hacia delante y, en última instancia, ayudarme a alcanzar mis objetivos. A mi padre gracias por todos tus consejos. A mis abuelos, que siempre creyeron en mí y estuvieron apoyándome y sé que este momento es muy especial para ustedes.

JENNIFER QUISPE BARAZORDA

INDICE

RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I	3
Problema de investigación.....	3
1.1Caracterización del problema.....	3
1.2 Formulación del problema de investigación.....	7
1.3 Objetivos de la investigación	8
1.4 Hipótesis.....	9
1.5Variables de estudio	10
1.6. Justificación.....	10
CAPITULO II Marco Teórico	12
2.1 Estudio Previos.....	12
2.1.1 A nivel internacional.....	12
2.1.2 A nivel nacional	13
2.1.3 A nivel local.....	17
2.2 Bases teóricas.....	17
2.2.1 Estilos de vida.....	17
Dimensión alimentación:	18
Dimensión de actividad y ejercicio físico	19
Dimensión de manejo del estrés.....	19
Dimensión de apoyo interpersonal.....	20
Dimensión de autorrealización	21
Responsabilidad en salud.....	21
2.2.2 Estado nutricional	22
2.3 Definición de términos.....	32
CAPITULO III	34
Diseño metodológico.....	34
3.1 Área de estudio	34
3.2 Tipo de estudio.....	34
3.3 Población.....	34
3.4 Muestra	34
3.5 Criterios de inclusión.....	35

3.6 Criterios de exclusión	35
3.7 Operacionalización de variables.....	36
3.8 Instrumentos	41
3.10 validez y confiabilidad	43
3.11 Procesamiento de recolección de datos	43
3.12 Procesamiento y análisis de datos	44
CAPITULO IV.....	45
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	45
Fuentes Bibliográficas.....	61
ANEXOS.....	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023	46
Tabla 2. ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023	48
Tabla 3. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023.....	49
Tabla 4. DIMENSION DE ALIMENTACION RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS	50
Tabla 5. DIMENSION DE EJERCICIO Y ACTIVIDAD RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023	50
Tabla 6. DIMENSION DE MANEJO DE ESTRES RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023	52
Tabla 7. DIMENSION DE APOYO INTERPERSONAL RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023	53
Tabla 8. DIMENSION DE AUTOREALIZACION RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023	54
Tabla 9. DIMENSION DE RESPONSABILIDAD SOCIAL RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023	55
Tabla 10. CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023.	56

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso natural que trae consigo cambios fisiológicos y metabólicos. En este contexto, el estilo de vida y la nutrición adquieren una relevancia especial para mantener una buena calidad de vida en la vejez.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los estilos de vida y el estado nutricional en adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

Metodología: estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversal, cuya muestra fue de tipo no probabilístico, con 106 adultos mayores, se utilizó el cuestionario de estilos de vida y la ficha de valoración nutricional del Minsa. El instrumento de estilos de vida fue validado con la fórmula R de Pearson ($r > 0.20$), en la investigación de Delgado, Márquez y Díaz; respecto al instrumento de estado nutricional fue validado mediante el coeficiente de Kappa entre 0.66 y 0.83 y el alfa de Cronbach = 0.93 ambos dirigidos a la población adulta mayor.

Resultados: Se encontró un predominio del sexo "femenino" con un 64%, con un nivel de instrucción de "primaria incompleta" con un 63%, respecto al estado civil 42% son casados. El 97% de adultos mayores tienen estilos de vida "No saludable" y un 65% están en "riesgo de desnutrición"; así también, el 63% de la muestra reporta un estado nutricional en "riesgo de desnutrición relacionada a un estilo de vida "No saludable". También se identificó en su dimensión de alimentación, el 50% muestran un nivel malo y el 31% están en riesgo de desnutrición. En la dimensión de ejercicio, actividad el 37% nunca realizan ejercicio y un 24% se encuentran en riesgo de desnutrición. En su dimensión manejo del estrés el 75% tiene un nivel inadecuado y un 48% tiene riesgo de desnutrición, en su dimensión apoyo interpersonal el 47% tiene un nivel malo mientras que un 29% tienen un riesgo de desnutrición, en su dimensión autorrealización el 81% tiene un nivel alto y el 52% están en riesgo de desnutrición, en su dimensión responsabilidad social un 83% presenta un nivel bueno mientras que un 55% se encuentran en riesgo de desnutrición.

Conclusión: se encontró evidencia suficiente para aceptar la hipótesis que se planteó, según el coeficiente Rho de Spearman = 0.940 y $p = 0.03 < 0.05$ por lo tanto existe una relación significativa entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores en Andahuaylillas.

Palabras claves: Estilos de vida, Estado Nutricional, Adultos Mayores, Dimensiones de estilos de vida.

ABSTRACT

Aging is a natural process that brings with it physiological and metabolic changes. In this context, lifestyle and nutrition acquire special relevance to maintain a good quality of life in old age.

Objective: Determine the relationship that exists between lifestyles and nutritional status in older adults in the Andahuaylillas district, Cusco 2023.

Methodology: descriptive, correlational, cross-sectional study, whose sample was probabilistic, with 106 older adults. used the lifestyle questionnaire and the Minsa nutritional assessment sheet. The lifestyle instrument was validated with Pearson's R formula ($r > 0.20$), in the research by Delgado, Márquez and Diaz; Regarding the nutritional status instrument, it was validated using the Kappa coefficient between 0.66 and 0.83 and Cronbach's alpha = 0.93.

Results: A predominance of the "female" sex was found with 64%, with an educational level of "incomplete primary" with 63%, with respect to marital status 42% are married. 97% of older adults have "unhealthy" lifestyles and 65% are at "risk of malnutrition"; also, 63% of the sample reports a nutritional status at "risk of malnutrition related to a lifestyle." "Not healthy." It was also identified in its eating dimension, 50% show a bad level and 31% are at risk of malnutrition. In the exercise, activity dimension, 37% never exercise and 25% are at risk of malnutrition. In its stress management dimension, 75% have an inadequate level and 48% have a risk of malnutrition, in its interpersonal support dimension, 47% have a bad level while 29% have a risk of malnutrition. In its self-realization dimension, 81% have a high level and 52% are at risk of malnutrition, in its social responsibility dimension, 83% have a good level while 55% are at risk of malnutrition. **Conclusion:** evidence was found. sufficient to accept the hypothesis that was proposed, according to Spearman's Rho coefficient = 0.940 and $p = 0.03 < 0.05$, therefore there is a significant relationship between lifestyles and the nutritional status of older adults in Andahuaylillas.

Keywords: Lifestyles, Nutritional Status, Older Adults

INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso en el que influyen diferentes factores como los cambios biológicos, los psicológicos y sociales, aunque el paso del tiempo es el mismo para todo el cuerpo humano, no todos los órganos sufren sus efectos de la misma forma. Estos efectos acostumbran a tener un carácter universal, progresivo y en muchos casos irreversible, y suelen afectar de una forma u otra a la alimentación y/o a la fisiología de la nutrición. (1)

La Organización Mundial de la Salud define los estilos de vida como un conjunto de patrones de comportamiento reconocibles y consistentemente arraigados en un individuo o en una sociedad específica. Estos se determinan a través de la presencia de factores de riesgo y/o factores de protección, lo que implica que no solo deben considerarse como conductas a nivel individual, sino también como comportamientos sociales. En este contexto, el estilo de vida surge de la interacción entre las características personales, la interacción social, la economía y los entornos de vida en los que las personas se desenvuelven. (2)

Las personas mayores exhiben conductas adquiridas a lo largo de su ciclo vital, las cuales constituyen una parte integral de su estilo de vida. Estas conductas están influenciadas por sus características personales, así como por factores socioeconómicos y culturales, y juegan un papel crucial en la determinación de su estado de salud y enfermedad, contribuyendo así a aumentar su vulnerabilidad. (3)

En las personas mayores el estado nutricional requiere una atención particular. Los ancianos presentan unas características peculiares que determinan su correcta o incorrecta alimentación. Aun conociendo los signos y síntomas que pueden aparecer cuando hay desnutrición, pocas veces se piensa en ello, por lo que, a pesar de su prevalencia entre los mayores de edad, suele pasar desapercibida en nuestra sociedad. (4)

Es esencial realizar una evaluación precisa del estado nutricional para identificar tempranamente la desnutrición, reconocer situaciones de riesgo, descubrir las causas de posibles déficits nutricionales, desarrollar un plan de acción para mejorar el estado nutricional y evaluar la eficacia de las intervenciones nutricionales. (5)

Así mismo se plantea el problema de investigación, ¿cuál es la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas?, cuyo objetivo es “determinar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023” y teniendo como hipótesis que “los estilos de vida están significativamente relacionados con el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023”.

Este trabajo de investigación está estructurado de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Comprende el problema de investigación, la caracterización del problema, formulación del problema, objetivos, hipótesis, variables de estudio, justificación de la investigación.

CAPITULO II: Presenta el marco teórico que incluye los estudios previos, base teórica y definición de términos.

CAPITULO III: Describe el diseño metodológico compuesto por el tipo de estudio, área de estudio, población, tipo de muestreo, operacionalización de variables, técnica e instrumento de recolección, procedimiento de recolección como también el procesamiento y análisis de datos.

CAPITULO IV: Los resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

Problema de investigación

1.1 Caracterización del problema

Surgió en la década de 1910 y es atribuido al psicólogo austrohúngaro Alfred Adler , quien lo definió inicialmente como “el sistema de reglas de conducta desarrollado por los individuos para lograr sus metas en la vida” en su obra *The Case of Miss R.* , finales del siglo, empezó a asociarse con los índices de longevidad y enfermedad, a punto tal que hoy en día existe mucho debate en torno a cuáles hábitos son saludables o perjudiciales para una vida sana, larga y activa, es decir, cuáles son los estilos de vida saludables y cuáles son los perjudiciales. (6)

Durante la etapa adulta, se experimentan significativos cambios bio-psico-sociales que hacen que la población de edad avanzada sea altamente propensa a sufrir alteraciones nutricionales, como la malnutrición. Esta última se caracteriza por un desequilibrio entre la ingesta y los requerimientos nutricionales, resultando en alteraciones metabólicas, comprometiendo la función y provocando la pérdida de masa corporal. La malnutrición puede ser definida también como un déficit o desequilibrio en la ingesta de energía, proteínas y otros nutrientes, lo cual tiene efectos adversos medibles en los tejidos y la composición corporal. (7)

La Organización Mundial de la Salud(OMS)en su Informe del Estado Global de Salud, estableció que las principales causas de muerte en adultos mayores de 65 años, son las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, relacionadas directamente con factores económicos, socioculturales y ambientales, donde podrían ser modificables por medio de cambios en el estilo de vida donde esta misma es la elección consciente o inconsciente de practicar ciertos tipos de comportamientos, los cuales se van adquiriendo con el paso del tiempo y son difíciles de modificar, es decir, conductas donde se incluyen diversas actividades como: alimentación, actividad física, descanso, vicios, etc.; así como también la relación del individuo con su entorno, sus condiciones de

vida, vivienda, acceso a recursos básicos y educación que contribuyen o perjudican el estado de salud. (8)

En todo el mundo, las poblaciones de personas mayores están creciendo continuamente, experimentando un envejecimiento acelerado. Sin embargo, esto no implica necesariamente una mejora en la calidad de vida para los adultos mayores. Además, se observa un aumento en las posibilidades de que los adultos mayores desarrollen enfermedades, condiciones de salud, discapacidades e incluso fallezcan. Es crucial tomar conciencia de esta situación e implementar medidas preventivas que contribuyan al envejecimiento activo y saludable de la población adulta. (9)

La presencia de síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, caídas, incontinencia, deterioro visual o auditivo, índice de masa corporal [IMC] bajo, mareos) y dependencia en las actividades de la vida diaria puede afectar negativamente la función y la cognición, así como la salud general. Más aun, cuando gran parte de la población tiene estilos de vida poco saludables. (10).

Las manifestaciones extremas del estado nutricional en los adultos mayores -delgadez u obesidad- no son situaciones aisladas, por lo general provocan otros problemas de salud, que afecta su vida, actividades de la vida diaria, la independencia y reducen considerablemente los años que les queda por vivir. Si se actuara favorablemente en los años precedentes a esta etapa, efectuando medidas oportunas y eficaces que coadyuven a una condición física, funcional y nutricional plenas en los adultos mayores, se disminuiría de forma importante la presencia de afecciones, comorbilidades y su grado de dependencia. (11)

Las actividades que se realicen al respecto, requieren de un trabajo coordinado, comprometido y consensuado entre el sector salud, la familia y el adulto mayor, puesto que, cada quien debe aportar lo que le corresponde para alcanzar un estado de salud óptimo en esta etapa de la vida, pero no enfatizan las actividades preventivo-promocionales, los recursos que se destinan son ínfimos o el trabajo que realiza es unidireccional. (11)

En los últimos años, la población anciana ha experimentado un aumento notable y se espera que continúe creciendo. Según la OMS, en el año 2000, había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que equivalía al 10% de la población mundial. En Europa y América, esta cifra ya supera el 20% del total. En el caso de Perú, en 2022, la población anciana representaba el 11% de la población total, con 3,613,000 personas, y se proyecta que para 2025 alcance los 4,470,000 adultos mayores. Este aumento se atribuye a los avances en ciencia y medicina, así como a mejores condiciones de higiene, nutrición y estilos de vida favorables. A pesar de estos avances, la longevidad creciente plantea desafíos específicos que no deben ser ignorados, y es crucial garantizar que los costos asociados al envejecimiento se vean compensados con una vida de calidad para la población adulta mayor. (12)

El incremento del porcentaje de la población adulta mayor, no significa necesariamente que a futuro su calidad de vida sea mejor, la desnutrición es uno de varios problemas que acarrea el envejecimiento; razón por la cual, la población adulta mayor es considerada como grupo vulnerable. La desnutrición adquiere especial relevancia por sus repercusiones en los ámbitos: económico, político, social y en el sistema de salud. Además, se asocia un mayor riesgo de mortalidad, mayor tasa de infecciones, aumento del número de caídas y fracturas, retraso en la cicatrización de heridas, estancias hospitalarias prolongadas y deterioro en la calidad de vida. (13)

En nuestro país existen 4 millones 598 mil personas de 60 y más años de edad, las cuales representan el 13,6% de la población total del país. Por grupo de edad, se aprecia que el 4,0% tienen de 60 a 64 años, 3,2% de 65 a 69, 2,5% de 70 a 74 años de edad, 1,7% de 78 a 79 años y el 2,1% de los adultos mayores tienen de 80 a más años de edad. (13). Hasta el primer trimestre de 2023, el 39,6% de los hogares a nivel nacional contaba con al menos un integrante de 60 años o más. En las zonas rurales, esta proporción aumenta al 42,7%, indicando una presencia significativa de adultos mayores en dichos hogares. (14)

Los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas manifiestan que viven solos, en su gran mayoría son casados. Este grupo de adultos mayores también indicaron tener las edades de 65 años a más aproximadamente y la mayoría

estudiaron solo la primaria o primaria incompleta, por otro lado, indicaron no tener ocupación.

A la entrevista a los adultos mayores manifiestan comer una a dos veces al día con apoyo de vecinos o familiares el cual les brinda un plato de comida. Para el desayuno, se ven obligados a prepararse una taza de hervida con harinas de trigo, maíz, cebada o hierbas acompañado con un pan, tostado de maíz o habas, los días que nadie está dispuesto a ayudarles ellos optan por la coca y lo que encuentren en casa como: papa, habas, chuño que pasa a ser su alimento del día, así mismo por la noche la mayoría ya no consumen nada de alimentos. Los alimentos de mayor consumo son la papa y maíz ya que estos son cosechados en sus chacras teniendo en cuenta que estos productos los guardan como víveres para todo el año, en ciertas ocasiones incorporaron a su alimentación diaria productos como el huevo o cecina debido a que no pueden adquirir alimentos que necesiten regularmente ya que no cuentan con la economía y la energía suficiente o recursos para criar animales y comprar todos los días, por otra parte refieren tener dificultad para poder masticar y deglutir por falta de piezas dentarias, otros no cuentan con prótesis dentarias, así mismo se pudo percibir que algunos adultos mayores también dependen en su totalidad de sus familiares para poder alimentarse y vestirse, así también, no realizan ningún tipo de ejercicio o deporte ya que ellos consideran el poco esfuerzo que hacen en el trabajo agrícola como una de sus actividades deportivas, respecto a su desenvolvimiento de labores cotidianas lo definen como inútil o mínima ya que su movilidad física no es activa ni la capacidad suficiente de realizar sus actividades no se compara como la de un joven y así también la disminución de su fuerza y resistencia en el trabajo de la chacra.

Estos adultos mayores atraviesan sentimientos de soledad, tristeza y llanto que se van agravando por la preocupación constante que sienten de su estado de salud y la cercanía de la muerte, el cual no pueden compartir estas emociones con sus familiares porque ya no viven juntos, en algunas ocasiones sus amigos y vecinos juegan un papel importante en estas situaciones difíciles al brindarles apoyo emocional, por otra parte también siente frustración e insatisfacción porque no cumplieron sus metas personales al observar su vivienda de adobe,

compuesto en su mayoría de dos habitaciones, y la parcela de tierra que poseen, en la que solo cultivan ciertos productos para su propia subsistencia.

Así mismo, ellos no se comprometen con el cuidado de su propia salud ya que recurren al uso de hierbas medicinales, siendo la hoja de coca la más destacada para tratar sus dolencias y esto se ve limitado por el miedo que se tiene al consumo de pastillas e inyectables y su rechazo hacia los centros de salud para recibir tratamiento y control de sus enfermedades. Por otra parte, tampoco participa en campañas de salud. En ocasiones especiales indican consumir bebidas alcohólicas como la cerveza, el cañazo y la chicha ya que son las bebidas que les ofrecen en la chacra durante temporadas de sembrío y cosecha.

A un grupo de adultos mayores se realizó la medición de peso, talla donde el IMC se encuentra entre un promedio de 19 a 23, el perímetro braquial es entre 21 a 22 centímetros, por último, el perímetro de pantorrilla en su mayoría es menor o igual a 31 centímetros reflejando la disminución de masa corporal de este grupo. Además, algunos de estos adultos mayores han informado una pérdida de peso en los últimos meses.

Así también manifiestan vivir de forma solitaria en su domicilio y algunos mencionan tener enfermedades agudas o lesiones en la piel, algunos se desplazan con ayuda de un palito de madera o bastón fabricado por ellos mismo, por otro lado manifiestan consumir una o dos veces alimentos al día, entre ellos se destaca el consumo de legumbres y huevos, mientras que el consumo de frutas y verduras es de forma esporádica, no requieren apoyo a la hora de alimentarse pero manifiestan la pérdida del apetito y en cuanto al consumo de líquidos manifiestan consumir uno a tres vasos al día, por ultimo desconocen si tienen algún problema nutricional y el estado de salud.

1.2 Formulación del problema de investigación

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características generales que presentan los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, cusco 2023?
- ¿Cuál es el estilo de vida de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, cusco 2023?
- ¿Cómo es el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, cusco 2023?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión de alimentación y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión actividad, ejercicio y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión manejo del estrés y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión apoyo interpersonal y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión autorrealización y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión responsabilidad y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características generales de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.
- Identificar el estilo de vida de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, cusco 2023.
- Describir el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, cusco 2023.
- Relacionar la dimensión alimentación con el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.
- Relacionar la dimensión actividad y ejercicio con el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.
- Relacionar la dimensión manejo del estrés con el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.
- Relacionar la dimensión apoyo interpersonal con el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.
- Relacionar la dimensión autorrealización con el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.
- Relacionar la dimensión responsabilidad en la salud con en el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

1.4 Hipótesis

- **HA:** Los estilos de vida están relacionados significativamente con el estado nutricional en adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

- **H₀:** Los estilos de vida no tienen una relación significativa con el estado nutricional en adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, cusco, 2023.

1.5 Variables de estudio

1. Estilos de vida

2. Estado nutricional

3. Características generales

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Estado civil

1.6. Justificación

Este estudio es fundamental porque permite abarcar el estudio de los estilos de vida que incurre en el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas para ello es esencial comprender mejor cómo la nutrición afecta la salud y el bienestar en esta población y de esta forma promover una mejor calidad de vida en los adultos mayores.

Este estudio se realizó porque los adultos mayores sufren cambios en su alimentación debido a la reducción en la ingesta de alimentos o falta de estabilidad económica, junto con una disminución en sus actividades diarias y en su bienestar psicológico al sufrir dificultades en sus relaciones interpersonales. Se proyecta que crecerá significativamente la población adulta mayor para el año 2050 destacando la urgencia de brindar atención oportuna y adecuada a este grupo demográfico en rápido aumento. La evaluación adecuada del estado nutricional se convierte en un aspecto crucial para identificar precozmente la desnutrición, detectar situaciones de riesgo, identificar la posible causa de déficit nutricional, y así prevenir enfermedades y promover la salud.

La intención de esta investigación fue para obtener información útil y confiable para el mejoramiento y prevención de estilos de vida inadecuados y el estado nutricional de los adultos mayores así también poder brindar datos que puedan

ser utilizados en próximos estudios aplicados en este grupo poblacional. Estos resultados obtenidos en esta investigación serán difundidos en la municipalidad, centro de salud y comunidades para la prevención y control de los adultos mayores que lo requieran. Por ende, se generará ideas innovadoras diseñando estrategias de solución y programas destinados a mejorar los estilos de vida y el estado nutricional logrando una etapa activo y saludable en la población adulta mayor.

Este trabajo de investigación servirá como un referente para futuros trabajos de investigación.

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1 Estudio Previos

2.1.1 A nivel internacional

Serrano (2018) en su tesis titulada “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad de Machala”. El propósito principal de la investigación fue explorar la asociación entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores en un entorno de atención médica. El estudio adoptó un enfoque descriptivo y transversal, encuestando a 121 adultos mayores. Los resultados destacaron que la mayoría de los participantes se situaban en la franja de edad de 65 a 69 años, en su mayoría mujeres con educación básica y que residían con sus familias. Se identificó que aproximadamente más de la mitad de los adultos mayores llevaban un estilo de vida considerado no saludable. Respecto al estado nutricional, se observó que menos de la mitad presentaba sobrepeso, una proporción menor mantenía un estado nutricional normal y un porcentaje pequeño exhibía obesidad tipo I. Sin embargo, a pesar de estos hallazgos, la conclusión del estudio fue que no se evidenciaba una relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores. (15)

Arias y Célleri (2018) en su tesis titulada “Relación entre el estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores que asisten al hogar de los abuelos cuenca – Ecuador 2017”. Se llevó a cabo un estudio de naturaleza cuantitativa, descriptiva y transversal con la finalidad de examinar detalladamente la conexión existente entre el estilo de vida y el estado nutricional en adultos mayores, abarcando el periodo comprendido entre noviembre de 2017 y mayo de 2018. Los resultados obtenidos revelaron una predominancia del 73,8% de mujeres en comparación con el 26,2% de hombres entre los participantes. Al evaluar el estado nutricional, se evidenció que el 63,3% de los adultos mayores presentaba un estado nutricional considerado riesgo de desnutrición, mientras que el 37,7% bien nutridos. De manera significativa, se identificó una correlación entre el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores en el estudio, destacándose un coeficiente de correlación de 0,29. Además, se constató que el

54,1% de los participantes exhibía un estilo de vida categorizado como no saludable, consolidando así la relación encontrada en la investigación. (16)

Guamán y Prado (2023) en su tesis titulada “Estado nutricional y estilo de vida en los adultos mayores de la parroquia Jerusalén del Cantón Biblián - Ecuador enero-marzo 2023”. El propósito principal de la investigación fue examinar minuciosamente la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores. La metodología utilizada adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, empleando como población de estudio a un total de 240 adultos mayores. Los resultados obtenidos destacaron que el 54.6% de la población correspondía al género masculino, el 57.5% se encontraba en estado civil de casado, y el 68.8% tenía un nivel educativo de primaria. En relación al Índice de Masa Corporal (IMC), se constató que el 41.1% mantenía un estado nutricional considerado normal, el 11.3% presentaba bajo peso, el 38.8% exhibía sobrepeso, y únicamente el 0.8% mostraba obesidad tipo I. También su población de estudio presenta en sus dimensiones de un sueño inadecuado del 30%, la dimensión de alimentación un 40% de mala alimentación, en la dimensión de ejercicio un 30% de regular. A pesar de la exhaustiva evaluación, los hallazgos no revelaron una relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional, llevando a la conclusión de que el 99.2% de la población estudiada posee un estado de salud medio saludable, según las métricas consideradas en el estudio. (17)

2.1.2 A nivel nacional

Tantalean (2020) en su tesis titulada “Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo – Tarapoto, setiembre 2019 – febrero 2020. El propósito central de esta investigación fue establecer minuciosamente la relación existente entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores. El diseño de la investigación se caracterizó por ser no experimental, adoptando un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Los resultados obtenidos arrojaron datos reveladores, como que el 60.0% de los adultos mayores en el Asentamiento Humano "La Victoria" se encontraban en la franja de edades entre 60 y 70 años. Además, se identificó que el 57.5% eran de género masculino, el 66.5% carecían de educación formal, el 52.5% cohabitaban, el 67.5% se

dedicaban a la agricultura, el 57.5% tenían entre 1 y 3 hijos, y el 45% profesaban la religión adventista. En relación con los estilos de vida, se observó que el 85.0% de los adultos mayores exhibían estilos no saludables, mientras que únicamente el 15.0% adoptaba estilos saludables. En lo que respecta al estado nutricional, el 57.5% presentó un estado inadecuado, siendo el 27.5% clasificado con delgadez, el 20.0% con sobrepeso y el 10.0% con obesidad. Solamente el 42.5% de los adultos mayores lograba mantener un peso adecuado o normal. En la dimensión de alimentación, el 28,0% (7) se encontró con un estilo de vida no saludable. En la dimensión de actividad y ejercicio, se obtuvo como resultados que el 24,0% (6) de los adultos mayores en estudio no presentaban un estilo de vida saludable. En la dimensión manejo del estrés el 33,3% (5) señalan tener un estilo de vida saludable. Con respecto a la dimensión de apoyo interpersonal el 16,0% (4) no tienen buenos estilos de vida. Así mismo; en la dimensión autorrealización el 26,7% presentan estilos de vida saludables. Finalmente, en cuanto a la dimensión de responsabilidad y salud en el adulto mayor, se obtuvo que el 20,0% practican estilos de vida no saludables. Un aspecto relevante fue la conclusión de la investigación, que señaló la existencia de una relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores, resaltando un valor de $P = 0.01$, lo cual refuerza la relevancia de la correlación entre estos dos aspectos en la población estudiada.

(18)

Gutiérrez (2023) en su tesis titulada “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor, centro poblado de Marian distrito Independencia - Huaraz, 2020. El propósito fundamental de este estudio fue examinar detalladamente la relación que existe entre el estilo de vida y el estado nutricional en adultos mayores. La muestra, compuesta por 105 individuos de este grupo demográfico, se sometió a la administración de la Escala de Estilo de Vida, mientras que su estado nutricional fue evaluado mediante una tabla específica. En sus dimensiones se aprecia que un 60% de la población no realizan ejercicio o actividad física, con un 40% de apoyo regular y un 45% de manejo regular del estrés. Para determinar la correlación entre estas variables, se empleó la prueba Chi Cuadrado, con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de $P < 0.05$. Los resultados y conclusiones derivados del análisis indicaron que la mayoría de los adultos

mayores manifiestan un estilo de vida no saludable. En lo que respecta al estado nutricional, se observó que más de la mitad presenta riesgo de desnutrición, mientras que menos de la mitad exhibe un estado nutricional normal, con casos adicionales de obesidad. La prueba de Chi Cuadrado corroboró la existencia de una relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional. (19)

Romani (2022) Este estudio de estilos de vida y estado nutricional de los adultos mayores es primordial para hallar la relación entre estas dos variables motivo por el cual esta investigación tiene como fin determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor en el centro de salud Mazamari 2021. E la técnica utilizada es la encuesta y su instrumento el cuestionario sobre estilos de vida saludables y el estado nutricional consta de un total de 25 preguntas la muestra estuvo conformada por 150 adultos mayores. Obteniendo los siguientes resultados en los estilos de vida del adulto mayor se evidencia que el 90% (135) tienen estilos de vida no saludable y el 10% (15) estilos de vida saludable concluyendo que la gran mayoría de los adultos mayores tienen estilos de vida no saludables. En el estado nutricional del adulto mayor se evidencia que el 40.6% (61) tienen diagnóstico de riesgo de desnutrición el 36.6% (55) tienen diagnóstico normal, el 19.3% (29) tienen diagnóstico de sobrepeso y el 3.33% (5) tienen diagnóstico es obesidad, en sus dimensiones presentan una mala alimentación, un inadecuado manejo del estrés y una alta responsabilidad en salud. (20)

León y Soria (2022) en su tesis titulada “Influencia de los estilos de vida en el estado nutricional en el adulto mayor de la Casa Acogida de Ancianos Apaktone de Puerto Maldonado 2021”. El propósito primordial de la investigación consistió en examinar con mayor detalle la influencia de los estilos de vida en el estado nutricional de los adultos mayores. Para abordar este objetivo, se empleó un enfoque metodológico cuantitativo, con un diseño correlacional y un alcance transversal, tomando como población total a 18 adultos mayores. En relación con los resultados obtenidos, se destacó que el estilo de vida menos adecuado prevaleció en un 61.1%, mientras que el estado nutricional, en la categoría de riesgo nutricional alcanzó un porcentaje igualmente del 61.1%. En sus dimensiones se destacó el inadecuado manejo del estrés con un 55%, la regular alimentación con un 20% y una regular actividad física con un 30%. con

Adicionalmente, se identificó que el 50% de la muestra presentaba anemia leve según los niveles de hemoglobina. En conclusión, se determinó que los estilos de vida ejercen una influencia moderada ($p\text{-valor} = 0.461$ y 0.499) y estadísticamente significativa (0.027 y $0.014 < 0.05$) en el estado nutricional de los adultos mayores. (21)

Taica (2022) en su trabajo de investigación titulada “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el centro de salud túpac amaru, chichlayo -2020. El propósito fundamental de la investigación consistió en identificar de manera más detallada la conexión entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores. Este estudio, de enfoque cuantitativo con diseño descriptivo y correlacional, se llevó a cabo con una muestra probabilística de 79 adultos mayores. Los resultados arrojaron que el 68.35% de los participantes declaró tener un estilo de vida no saludable, en contraste con el 31.65% que afirmó llevar un estilo de vida saludable. En cuanto a la evaluación nutricional, se observó que el 53.16% de los adultos mayores presentaba una clasificación de IMC como delgado, el 31.65% tenía un estado nutricional normal, el 11.39% mostraba sobrepeso y solo el 3.80% indicaba riesgo de desnutrición. En las dimensiones el que sobresalta es que un 30% manejan un regular apoyo interpersonal. La correlación de Spearman reveló una conexión positiva y altamente significativa, concluyendo que la mayoría de los adultos mayores adoptan un estilo de vida no saludable y que esta conexión es estadísticamente significativa en relación con la evaluación nutricional. (22)

Alfaro y Ramírez (2022) en su trabajo de investigación intitulado “Estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores, del Asentamiento Humano 18 de marzo, Collique 2022”, señalan que el objetivo principal fue establecer la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores. La población de estudio comprendió a 80 adultos mayores de ambos sexos, con edades entre 60 y 80 años. El estudio fue de naturaleza básica, con un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo correlacional, diseño no experimental y de corte transversal. Se utilizó el coeficiente Rho de Spearman para analizar la correlación entre las variables. En cuanto al estado nutricional, se encontró que el 42% de los participantes tenía un estado nutricional normal y seguía un estilo de vida saludable. Además, el 92.5% adoptaba un estilo de vida saludable,

mientras que el 7.5% presentaba un estilo no saludable. En relación con el estado nutricional, el 47.5% mantenía un estado nutricional normal, el 12.5% presentaba sobrepeso, el 12.5% tenía obesidad y el 27.5% mostraba riesgo de desnutrición. En sus dimensiones se destacó una alta autorrealización con un 60%, una mala alimentación con un 30% y un adecuado manejo del estrés con un 20%. Se llegó a la conclusión de que existe una relación, respaldada por el valor del coeficiente Rho de Spearman ($r_s = 1,679$), con un nivel de significación ($p = 0,008$) menor a ($p > 0,05$), entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores en el asentamiento humano 18 de marzo. (23)

2.1.3 A nivel local

No existen antecedentes locales.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Estilos de vida

Para Lorenzo, et al. Señalan que el término "estilo de vida" abarca todas las formas o características distintivas que reflejan las condiciones y la manera en que las personas viven en su entorno. Este concepto engloba una variedad de aspectos, como los hábitos relacionados con la higiene personal, la sexualidad, la alimentación, las interacciones sociales, las estrategias de afrontamiento, las actividades de ocio, y la dinámica familiar y relacional. (24)

Entendemos también que el estilo de vida hace referencia a la forma de vida específica que consciente o inconscientemente adoptan las personas de entre un conjunto de comportamientos o actitudes en relación con su ambiente y que inciden positiva o negativamente en la promoción de su salud. (25)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el estilo de vida como una serie de pautas de conducta identificables y bastante consistentes en un individuo o en una sociedad en particular. Este modo de vida se forma a partir de las relaciones entre las características personales, la interacción social y las condiciones socioeconómicas y ambientales en las que las personas residen. Algunos estilos de vida incorporan comportamientos específicos que influyen en el bienestar del individuo, actuando como elementos protectores o de riesgo. (26)

Estilos de vida en la etapa adulto mayor

Los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las oportunidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de enfermedades a lo largo de la vida son elementos cruciales al evaluar la calidad de vida y funcionalidad en la población de adultos mayores. En un sentido más específico, el concepto de estilos de vida se refiere al comportamiento individual, especialmente a patrones de conducta sostenidos a lo largo de un período relativamente extenso. (27)

Durante la etapa del adulto mayor, adoptar un estilo de vida saludable es crucial para mantener la salud y el bienestar. Esto incluye mantener una dieta equilibrada y nutritiva, realizar actividad física regularmente para mantener la fuerza y la flexibilidad, mantener relaciones sociales activas para prevenir el aislamiento, y buscar actividades que estimulen la mente, como la lectura o los pasatiempos. El cuidado de la salud física y mental es fundamental para mantener la calidad de vida en esta etapa.

2.2.1.1 Dimensiones del estilo de vida:

Dimensión alimentación: Se describe como el proceso mediante el cual el cuerpo recibe, evalúa, absorbe y utiliza los alimentos con el fin de generar energía, posibilitando así la realización de actividades normales, el crecimiento y el mantenimiento general de los tejidos y órganos para sustentar la vida. (28)

Las personas mayores conforman un grupo que experimentan cambios en sus patrones dietéticos que influye en la respuesta del cuerpo a diversos nutrientes. Las personas mayores que llevan un estilo de vida activo tienden a tener una mejor capacidad funcional, salud cardiovascular, salud musculoesquelética y bienestar mental, así como una mayor integración social. (29)

Entonces, la dimensión de alimentación en el estilo de vida abarca hábitos y elecciones relacionadas con la ingesta de alimentos. Esto implica consumir una variedad de alimentos nutritivos, como frutas, verduras, granos enteros y proteínas magras, mientras se limita la ingesta de alimentos procesados, azúcares añadidos y grasas saturadas. La hidratación adecuada también juega un papel crucial.

Dimensión de actividad y ejercicio físico: Es la actividad física o esfuerzo físico que posibilita que todo o parte del cuerpo se ejercite de manera coordinada, organizada y repetitiva, con el objetivo de mejorar, desarrollar y mantener las funciones corporales. En el caso de las personas mayores, estas actividades físicas engloban acciones recreativas o de ocio, desplazamientos (como caminar o andar en bicicleta), compromisos laborales (si la persona aún trabaja), labores domésticas, juegos, práctica de deportes o participación en actividades cotidianas, familiares y comunitarias. (30)

Con el propósito de mejorar la salud cardiopulmonar y muscular, así como fortalecer la salud ósea y reducir el riesgo de enfermedades, depresión y deterioro cognitivo en los adultos mayores, se aconseja dedicar entre 80 y 120 minutos por semana a realizar actividad física moderada o 150 minutos por semana a realizar ejercicio aeróbico de intensidad vigorosa. (31)

Entonces, la dimensión de actividad y ejercicio físico en el estilo de vida se refiere a la participación regular en actividades físicas y deportivas. Involucrarse en una rutina de ejercicio contribuye significativamente al bienestar general y la salud física. Esto puede incluir actividades como caminar, correr, nadar, practicar deportes o participar en ejercicios de resistencia y flexibilidad.

Dimensión de manejo del estrés. Significa que los individuos de edad avanzada reaccionan al estrés. En cualquier etapa de la vida, el estrés forma parte de la experiencia cotidiana, las personas mayores pueden enfrentar desafíos relacionados con la salud, inestabilidad financiera o simplemente la tarea de preservar la independencia. Desafortunadamente, con el tiempo, las defensas naturales contra el estrés tienden a debilitarse. Muchos adultos mayores se mantienen activos al mantener relaciones con amigos y familiares, practicar ejercicio y, lo más importante, encontrar maneras de reducir y gestionar el estrés. (32)

El respaldo social puede reducir la liberación de hormonas de estrés en los adultos mayores, contribuyendo, no sorprendentemente, a una mayor longevidad. La interacción social beneficia a los adultos mayores al mantener su agudeza mental y reducir el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer. El ejercicio también se presenta como una herramienta efectiva contra el estrés,

aplicable a personas de todas las edades, especialmente a los adultos mayores. Actividades como caminar regularmente, andar en bicicleta o realizar ejercicios aeróbicos no solo contribuyen a mantener la fortaleza física e independencia, sino que también contrarrestan los efectos del envejecimiento en los niveles de cortisol. (33)

El estrés es una respuesta natural del cuerpo a situaciones desafiantes, pero un manejo efectivo es esencial para mantener un equilibrio emocional y prevenir posibles efectos negativos en la salud física y mental. Las prácticas de manejo del estrés pueden incluir técnicas de relajación, como la meditación y la respiración profunda, así como la identificación y cambio de patrones de pensamiento negativos. Además, la actividad física regular, el tiempo de calidad para el descanso y el ocio, y el establecimiento de límites claros en las responsabilidades pueden contribuir significativamente a reducir los niveles de estrés.

Dimensión de apoyo interpersonal. A menudo, se tiende a asociar la vejez con una disminución progresiva de las relaciones interpersonales, atribuyéndolo al desmembramiento familiar y a la pérdida de roles en la sociedad, lo que puede generar un aumento en la falta de comprensión dentro del ámbito familiar. Sin embargo, es importante reconocer que las relaciones interpersonales se convierten en un factor crucial de protección y sanación, no solo al satisfacer necesidades básicas, sino también al desempeñar un papel constante de apoyo. La percepción de compañía y la presencia de relaciones de amistad estrechas se destacan como los principales predictores de la felicidad en la etapa de la adultez mayor. (34)

Mantener conexiones sólidas con familiares, amigos y otros individuos contribuye al bienestar emocional y mental. Participar activamente en actividades sociales y mantener una comunicación abierta con seres queridos son componentes esenciales de esta dimensión, que influye positivamente en la calidad de vida durante la etapa de envejecimiento. Cultivar relaciones sociales saludables se presenta como un factor crucial para una vida plena y satisfactoria en la edad adulto mayor.

Dimensión de autorrealización. Se trata de la incorporación de conductas en las que las personas tienen una inclinación innata para maximizar sus talentos y potencialidades, permitiéndoles experimentar satisfacción personal y superar sus miedos. Para los individuos de edad avanzada, lograr la autorrealización se vuelve esencial al participar en actividades recreativas, juegos o manualidades, lo que contribuye a mantener su autoestima y encontrar satisfacción al contribuir a la sociedad. Al mismo tiempo, es imperativo reconocer que las personas mayores pueden mostrar dependencia en términos de autorrealización, la cual puede ser resultado de la falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento o pérdida de interés. (35)

Entonces, la dimensión de autorrealización en el estilo de vida durante la etapa adulto mayor se centra en el desarrollo personal continuo, el logro de metas y la búsqueda de significado y satisfacción en la vida. Fomentar la creatividad, el autoconocimiento y la adaptación a las circunstancias cambiantes son aspectos esenciales de esta dimensión, promoviendo un envejecimiento activo y satisfactorio.

Responsabilidad en salud. En el caso de los adultos mayores, la toma de decisiones relacionada con la salud implica elegir alternativas que sean beneficiosas y seguras en lugar de aquellas que representen riesgos para su bienestar. Una parte fundamental de asumir la responsabilidad en términos de salud es acudir regularmente a los centros de salud, incluso sin experimentar molestias o dolores, y seguir las recomendaciones del personal médico de manera efectiva. (36)

la responsabilidad en salud se refiere a la capacidad y compromiso que tiene cada individuo para cuidar y mantener su bienestar físico y mental. la responsabilidad en salud incluye la participación activa en la prevención de enfermedades, la realización de chequeos regulares y la búsqueda de ayuda profesionales. Este enfoque proactivo contribuye a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, colocando al individuo como un actor clave en su propio cuidado y bienestar.

2.2.2 Estado nutricional

El estado nutricional se describe como la situación física derivada del equilibrio entre la ingesta de alimentos y su utilización por parte del cuerpo. El cuerpo humano refleja el estado nutricional, la salud física y emocional, lo cual posibilita predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia de las personas. (37)

Llanos menciona que una: “evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar” (38)

En consecuencia, los factores que afectan el estado nutricional de las personas mayores están relacionados con el envejecimiento, un fenómeno complejo que abarca una serie de cambios en las moléculas celulares y procesos fisiológicos. Este proceso conlleva desafíos de salud y una disminución gradual en la función fisiológica de un individuo en la tercera edad. (39)

Factores como la dieta, la absorción de nutrientes, el metabolismo y las condiciones de salud influyen en el estado nutricional de una persona. La evaluación del estado nutricional es esencial para comprender y abordar adecuadamente las necesidades nutricionales de los individuos.

Desnutrición

La desnutrición es una enfermedad provocada por un déficit de nutrientes, que tiene como consecuencia la aparición de alteraciones en el desarrollo y mantenimiento de la salud. (40)

La desnutrición es un estado clínico que se produce cuando hay una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales o una mala absorción y utilización de estos nutrientes por parte del organismo. Esta condición puede llevar a deficiencias nutricionales que afectan negativamente la salud y el desarrollo normal. La desnutrición puede manifestarse de diversas formas, como pérdida de peso, deficiencias vitamínicas y minerales, debilidad muscular, compromiso del sistema inmunológico y otros problemas de salud. Es especialmente preocupante ya que puede tener efectos a largo plazo a nivel cognitivo. (41)

Nutrición

La nutrición comprende el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo toma, descompone, absorbe, transporta, utiliza y elimina las sustancias alimenticias, facilitando el mantenimiento y reparación del cuerpo. A excepción de la ingesta de alimentos, el resto del proceso es automático. Para asegurar las funciones vitales y de relación, es esencial suministrar al organismo los nutrientes adecuados según el sexo, la edad y la actividad física, lo cual se logra a través de la alimentación. Se considera una alimentación saludable aquella que satisface las necesidades nutricionales y energéticas del individuo. (42)

La evaluación nutricional se presenta como una herramienta utilizada por los profesionales de enfermería para prevenir, diagnosticar y brindar educación de manera integral y personalizada a adultos con enfermedades crónicas. Este enfoque considera diversos aspectos relacionados con la enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que los hábitos alimentarios son acciones que se ven influidas por factores culturales, acceso económico. (43)

2.2.2.1 Indicadores del Estado Nutricional

La evaluación antropométrica implica medir el peso, la talla, la circunferencia del brazo, la circunferencia de la pantorrilla.

a. Peso: proporciona cierta información sobre la constitución corporal, aunque no ofrece una visión completa del estado nutricional individual.

b. Talla: es la medida tomada con el paciente de pie, desde la planta del pie hasta la coronilla.

1) Índice Antropométrico

Antropometría significa medir gente “antros = gente” “metron = medir”. En términos más precisos la antropometría se ocupa de la medición de las dimensiones físicas y de la composición del cuerpo humano. Estas medidas varían entre hombres y mujeres, a través del desarrollo normal del individuo, ante diferentes estados nutricionales o en estados patológicos. Es por esto que el conocer determinados índices antropométricos nos aporta información valiosa sobre el desarrollo normal o patológico de los individuos. (44)

MNA® - Tabla del IMC para ancianos (edad mayor o igual a 65 años)

		Estatura (pies y pulgadas)																		
		4'11"	5'0"	5'1"	5'2"	5'3"	5'4"	5'5"	5'6"	5'7"	5'8"	5'9"	5'10"	5'11"	6'0"	6'1"	6'2"	6'3"		
Peso (kilogramos)	45	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13	13	100	
	48	21	21	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	15	14	14	14	13	105	
	50	22	22	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	110	
	52	23	23	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	115	
	55	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	120	
	57	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	17	17	17	16	16	125	
	59	26	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	130	
	61	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	135	
	64	28	27	26	26	24	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	18	140	
	66	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	19	18	145	
	68	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19	150	
	70	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	155	
	73	32	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	160	
	75	33	32	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	165	
	77	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	170	
	80	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23	22	175	
	82	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23	180	
	84	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	185	
	86	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	190	
89	39	38	37	36	35	34	32	32	31	30	29	28	27	26	26	25	24	195		
91	40	39	38	37	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27	26	26	25	200		
93	41	40	39	38	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	205		
95	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	210		
98	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	215		
100	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	220		
102	45	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28	225		
105	47	45	44	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29	230		
107	48	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	234		
109	48	47	45	44	43	41	40	39	38	37	35	34	34	33	32	31	30	240		
111	49	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	32	31	245		
114	51	49	48	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	32	250		
		150	152.5	155	157.5	160	162.5	165	167.5	170	172.5	175	177.5	180	182.5	185	188	190	Estatura (centímetros)	

0 = IMC menor a 19 2 = IMC igual o mayor a 21 y menor a 23
 1 = IMC igual o mayor a 19 y menor a 21 3 = IMC igual o mayor a 23

Para su conveniencia, se provee una tabla abreviada del IMC que ayuda a completar el MNA®. Tiene precisión para completar el MNA®. En algunos casos, calcular el IMC puede ofrecer una determinación más precisa del mismo.

Índice de masa corporal, perímetro braquial y de pantorrilla: Se tiene una escala de valoración del IMC, que permite asignar una puntuación, así IMC < 19= 0; 19-21=1; 21-23=2; ≥23=3, siendo el puntaje < de 19 el más alterado y considerando el ≥ 23 como el mejor.

El uso de algunas medidas antropométricas es de gran importancia al momento de determinar la progresión en la pérdida de masa muscular o grasa; mediante el uso del Índice de Masa Corporal (IMC), la Circunferencia Media de Brazo (CMB) y la Circunferencia de Pantorrilla (CP) se puede determinar la fragilidad cuando estos indicadores se encuentran disminuidos, estas mediciones permiten conocer la progresión en la pérdida de masa magra o muscular y la ganancia o acumulación de grasa corporal. (45)

Pérdida de peso: es la pérdida de peso involuntaria, considerando al adelgazamiento como una parte normal del proceso de envejecimiento. Este es la pérdida de capacidades. El cansancio, fatiga, las molestias físicas, los dolores o el miedo a olvidarse el fuego encendido son algunos de los diversos motivos por los que los mayores dejan de prepararse su propia comida. Las personas

mayores tengan una mala alimentación pobre en nutrientes. Además de las causas de pérdida de peso en ancianos por inapetencia o por causas emocionales o físicas hay otras que se dan con relativa frecuencia. (46)

2) Examen global

a. Dependencia

El concepto más usado de dependencia abarca las limitaciones o nula capacidad de realizar actividades cotidianas. Según Barthel, dependencia es la incapacidad de la función para realizar actividades diarias. Baltes y Wahl la describen como una necesidad de recibir ayuda y así poder adaptarse e interactuar con su medio, nos dice que la dependencia es la necesidad de recibir apoyo para desenvolverse en diferentes áreas. (47)

Los expertos en el tema concuerdan que una persona dependiente es quien presenta la capacidad funcional afectada. Esto quiere decir, que también muestran algún deterioro en su salud, lo cual los imposibilita o les dificulta el desarrollo de tareas consideradas cotidianas como: levantarse, acostarse, vestirse/desvestirse, caminar, ingerir alimentos, asearse, controlar esfínteres, arreglarse, trasladarse, deambular. Las actividades instrumentales son las que implican un vínculo con el entorno social y familiar y cuya pérdida produce una ruptura en las redes sociales.

Es la capacidad y autosuficiencia con la que el adulto mayor realiza las actividades básicas de la vida diaria, la toma de decisiones, cumplir un rol, afrontar responsabilidades. Se ve reflejada con el estado de salud, la enfermedad que presenta y sus complicaciones, que se verá afectada por la capacidad de ser independiente. Es el estado en que las personas, debido a una pérdida física, psíquica o de su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa. (48)

b) Medicación en adultos mayores

Se han demostrado varios cambios en la composición corporal en el anciano que pueden afectar la distribución de fármacos en los distintos compartimientos del organismo. Existe reducción de la masa magra, aumento del tejido adiposo y reducción del agua corporal total (10 a 15%). Esto

significa que fármacos liposolubles, como diazepam y clordiazepóxido tienen un mayor volumen de distribución. Por el contrario, aquellos hidrosolubles, como digoxina, tienen un volumen de distribución reducido. De no producirse cambios en el aclaramiento plasmático del fármaco, los cambios en el volumen de distribución producen variaciones proporcionales en la vida media de eliminación.

Numerosa evidencia apoya el hecho de que los fármacos psicotrópicos (antidepresivos, antipsicóticos, sedantes e hipnóticos) se encuentran entre los más y peor utilizados en los adultos mayores (49)

c) Estrés en el adulto mayor

El estrés se define como una reacción generada por la interacción entre una persona y su entorno, constituyendo un proceso dinámico y cambiante que se desarrolla a través de la conexión entre los estímulos provenientes del entorno y los recursos personales empleados para gestionar o mitigar las demandas internas o externas que la persona percibe como abrumadoras. (50).

Los adultos mayores experimentan niveles elevados de estrés, originados por factores como la jubilación, la pérdida de funciones físicas, enfermedades, dependencia y el aislamiento familiar. Este aumento del estrés conlleva a una disminución en la vida social y a la observación de una reducción tanto en las capacidades motoras como mentales. El impacto del estrés en los adultos mayores puede afectar negativamente la salud, ya que al enfrentar situaciones tensionantes, el organismo produce una mayor cantidad de la hormona cortisol, conocida como la hormona del estrés. Esta respuesta puede resultar en una reducción anormal de los telómeros, lo cual provoca deterioro de la memoria, envejecimiento prematuro e incluso puede contribuir a problemas de salud graves, llegando en casos extremos a la muerte. Por tanto, se sugiere abordar el estrés como un desafío en lugar de percibirlo como una amenaza. (51)

d) Movilidad

La movilidad física en una persona se refiere a la capacidad y libertad que tiene para mover su cuerpo de manera eficiente y sin restricciones. Implica la coordinación y funcionamiento adecuado de las estructuras musculares, articulares y óseas, así como la capacidad de mantener el equilibrio y la flexibilidad.

Una persona con buena movilidad física puede realizar una variedad de movimientos, como caminar, correr, saltar, agacharse, girar y realizar actividades cotidianas sin dificultad. La movilidad física también está relacionada con la capacidad de realizar movimientos finos y precisos, como escribir, agarrar objetos pequeños o realizar tareas que requieren destrezas manuales.

La falta de movilidad física puede estar asociada con diversas condiciones, como lesiones, enfermedades crónicas, debilidad muscular, rigidez articular o problemas neurológicos. Mantener y mejorar la movilidad física es importante para la salud y el bienestar general, ya que contribuye a la independencia funcional y reduce el riesgo de lesiones. El ejercicio regular, la actividad física y la atención a la postura son aspectos clave para promover y preservar la movilidad física a lo largo de la vida.

e) Problemas neuropsicológicos

Los problemas neuropsicológicos son trastornos que afectan las funciones cognitivas y emocionales debido a alteraciones en el sistema nervioso central. Estos trastornos involucran la interacción entre el sistema nervioso y la conducta, abarcando áreas como la memoria, la atención, el lenguaje, la percepción, la coordinación motora, el razonamiento y las funciones ejecutivas.

El deterioro cognitivo leve sin demencia se refiere a individuos con quejas constantes de olvidos y fallas en la memoria, sin alteraciones en otras esferas cognitivas, y su evolución no muestra un empeoramiento del déficit.

El deterioro cognitivo leve con demencia dudosa, se observa un trastorno más pronunciado de la memoria y una alteración mínima en una de las

esferas cognitivas, como la atención, el pensamiento o el lenguaje, sin afectar el desenvolvimiento e independencia del individuo ni interferir en su funcionamiento ocupacional y social, aunque sí afecta la resolución de tareas más complejas.

En resumen, el deterioro cognitivo se refiere a la disminución de las funciones mentales superiores, afectando áreas como la memoria, la atención, el razonamiento y la capacidad de aprendizaje. Este proceso implica una pérdida gradual de las funciones cognitivas y puede afectar la capacidad de una persona para realizar tareas cotidianas y tomar decisiones. Las causas del deterioro cognitivo pueden variar, incluyendo el envejecimiento normal, trastornos neurodegenerativos, lesiones cerebrales, enfermedades vasculares cerebrales, trastornos neuropsiquiátricos y otros factores médicos.

Depresión

La depresión se refiere a un trastorno psicológico que afecta los pensamientos y comportamiento de una persona, generando dificultades en las relaciones tanto consigo misma como con los demás. En el adulto mayor, esto puede llevar a la pérdida de sentido de la vida y una percepción negativa del entorno (52).

la depresión es un trastorno psicológico que afecta el estado de ánimo y el comportamiento de una persona. Se caracteriza por una profunda tristeza, pérdida de interés o placer en actividades cotidianas, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio. La depresión puede afectar significativamente la calidad de vida y el funcionamiento diario, y puede manifestarse en diversos grados, desde formas leves hasta episodios más graves. La gravedad de los síntomas depresivos puede variar desde leves hasta graves, impactando en la capacidad para realizar las tareas diarias y afrontar desafíos. (53)

f) Úlceras y lesiones cutáneas

Las úlceras y lesiones cutáneas son afecciones que involucran la pérdida de continuidad en la piel, generalmente sobre prominencias óseas, debido a la compresión externa o la falta de perfusión sanguínea adecuada. Estas lesiones pueden surgir cuando la piel está sometida a presión constante, ya sea por permanecer en una posición fija durante un período prolongado o por otras condiciones que afectan la circulación sanguínea. Las úlceras por decúbito o escaras son un ejemplo común de este tipo de lesiones. Además, factores como la edad, la movilidad reducida, la nutrición inadecuada y la presencia de enfermedades crónicas pueden aumentar el riesgo de desarrollar úlceras y lesiones cutáneas. El manejo y la prevención de estas afecciones suelen requerir enfoques integrales que incluyen cambios de posición, cuidados de la piel, y medidas para mejorar la circulación y la nutrición. (54)

Las úlceras por decúbito o escaras se caracterizan por la "interrupción de la integridad de la piel, generalmente en áreas de prominencias óseas, debido a la afectación de la perfusión causada por presión o compresión externa". En este contexto, la esencia fundamental de la úlcera por presión radica en permanecer en una posición constante que ejerza presión sobre una parte prominente del cuerpo. No solo las presiones intensas, sino también las presiones moderadas mantenidas durante un periodo prolongado, pueden conducir al desarrollo de úlceras por presión, convirtiendo la presión en el factor clave en la formación de las escaras. (55)

3. Parámetros dietéticos

Como es ampliamente conocido entre los expertos en nutrición y la comunidad científica, la alimentación desempeña un papel crucial en el proceso de envejecimiento, al modular los cambios asociados a este fenómeno. Por esta razón, resulta de suma importancia realizar evaluaciones continuas del estado nutricional de los adultos mayores, quienes experimentan una gradual pérdida de masa muscular y una mayor fragilidad tanto interna como externamente. De esta manera, es esencial brindar a los adultos mayores una asistencia alimentaria y nutricional de alta calidad,

garantizando una dieta equilibrada y nutritiva, ya que, debido a su edad, presentan una capacidad reducida de absorción de nutrientes y un ritmo metabólico diferente al de personas más jóvenes. (56)

Frecuencia de consumo de alimentos: La frecuencia de consumo de alimentos en adultos mayores es un tema relevante para la promoción de la salud y el bienestar en esta etapa de la vida.

Frutas y verduras: Según el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIH), se recomienda consumir al menos 1.5 a 2 tazas de frutas y 2 a 3 tazas de verduras al día para adultos mayores, como parte de una dieta equilibrada. Esto proporciona vitaminas, minerales y fibra necesarios para la salud.

Cereales integrales: La Academia de Nutrición y Dietética (AND) sugiere que los adultos mayores incluyan al menos la mitad de sus granos como granos enteros, como pan integral, arroz integral y avena, para obtener fibra dietética, que es importante para la salud digestiva y el control del peso.

Proteínas: También se recomienda que los adultos mayores consuman de 5 a 7 onzas equivalentes de proteína al día, distribuidas entre carnes magras, aves, pescado, huevos, legumbres y nueces. Las proteínas son fundamentales para mantener la masa muscular y la fuerza.

Lácteos: La National Osteoporosis Foundation (NOF) sugiere que los adultos mayores consuman de 1 a 3 porciones de productos lácteos bajos en grasa o sin grasa al día para ayudar a mantener huesos fuertes y sanos.

Grasas saludables: La American Heart Association (AHA) recomienda limitar las grasas saturadas y trans, y optar por grasas saludables como las que se encuentran en el aceite de oliva, las nueces y el pescado graso, para ayudar a mantener un corazón saludable. (57)

Consumo de proteínas: Expertos sugieren que incluso los adultos mayores necesitan más proteínas que cuando eran más jóvenes para ayudar a preservar la masa muscular. Sin embargo, gran cantidad de adultos

mayores no comen una cantidad adecuada por razones que van desde la falta de apetito, problemas dentales o deficiencia gustativa, hasta dificultad para tragar y recursos financieros limitados. Combinado con una tendencia a volverse más sedentarios, esto puede causar que se deterioren los músculos, se comprometa la movilidad, se tarde más en recuperarse de enfermedades, y en la pérdida de independencia. El envejecimiento está asociado con una disminución de masa muscular y un aumento de grasa corporal. La pérdida de músculo y fuerza a medida que envejecemos se conoce como sarcopenia y puede causar discapacidad, caídas y hospitalización. (58)

Consumo de frutas y verduras: La ingesta de fibra entre los adultos mayores suele ser limitada en la mayoría de los casos, debido a la reducción en el consumo de frutas y verduras por diversas razones. Alimentos ricos en fibra incluyen verduras, frutas, legumbres, cereales, tubérculos, raíces y plátanos no procesados. Una dieta para personas mayores debe incluir un consumo mínimo de dos raciones de verduras y hortalizas al día, así como de al menos 3 raciones de frutas entre comidas. Las verduras para la tercera edad son vitales, ya que aportan nutrientes necesarios que ayudarán a tener un mejor proceso de digestión y a mantenerse saludable. (59)

Pérdida de apetito: Es una situación que se da cuando se reduce el deseo de comer. Una disminución del apetito se observa con frecuencia entre los adultos mayores. A menudo, no se encuentra ninguna causa física. Las emociones como la tristeza, la depresión o una aflicción pueden llevar a la pérdida del apetito. La pérdida de apetito puede estar relacionada con una disminución del funcionamiento del sistema inmunitario, una sensación general de malestar y molestias estomacales. Las afecciones que pueden causar pérdida de apetito incluyen: afecciones digestivas, como el síndrome del intestino irritable y la enfermedad de Crohn. (60)

Consumo de líquidos: La hidratación emerge como una necesidad crucial para los adultos mayores, dada la disminución de la sensación de sed y el uso de medicamentos, como los diuréticos, que afectan este equilibrio hídrico. (61)

4. Valoración Subjetiva

Una alimentación saludable resulta de vital importancia pues se puede mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. En este grupo poblacional las defensas disminuyen y por lo tanto están más expuestos a desarrollar diversas enfermedades. Los signos de desnutrición en las personas mayores pueden ser difíciles de detectar, sobre todo en quienes no parecen estar en riesgo; sin embargo, descubrir este tipo de problemas en las primeras etapas puede ayudar a prevenir complicaciones.

Es importante reconocer que la malnutrición es un concepto que se debe comprender tanto desde un estado dado por exceso, es decir, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como por un estado de déficit que hace referencia a la desnutrición, la cual puede estar dada por la insuficiencia ponderal, las carencias de micronutrientes y la emaciación. (62)

2.3 Definición de términos

- a. **Antropometría:** Estudio de las proporciones y medidas del cuerpo humano. (63)
- b. **Medida:** es la acción y efecto de medir. (64)
- c. **Envejecimiento:** Proceso natural y gradual que experimenta el organismo a medida que pasa el tiempo, caracterizado por cambios físicos, psicológicos y sociales. (65)
- d. **Actividad física:** Cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos, que requiere un gasto de energía y conlleva beneficios para la salud. (66)
- e. **Fuerza muscular:** Capacidad de los músculos para generar fuerza y resistencia, lo cual es esencial para realizar actividades diarias, mantener la independencia funcional y prevenir la pérdida de masa muscular relacionada con la edad. (67)
- f. **Nutrición adecuada:** Consumo de una variedad de alimentos que proporcionan los nutrientes necesarios para mantener la salud y prevenir enfermedades, incluyendo vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas saludables. (68)

- g. Peso saludable:** Mantenimiento de un peso corporal adecuado y equilibrado, de acuerdo con la estatura, el sexo y las características individuales, para prevenir enfermedades relacionadas con el peso, como la obesidad y la diabetes tipo 2. (69)
- h. Autocuidado:** Práctica de tomar acciones y decisiones conscientes para mantener y promover la salud propia, incluyendo el cuidado de la alimentación, la higiene personal, el descanso adecuado y la gestión del estrés. (70)
- i. Hábitos saludables:** Comportamientos repetitivos que contribuyen a mantener una buena salud, como dormir lo suficiente, evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco, mantener una higiene adecuada y evitar comportamientos sedentarios. (71)

CAPITULO III

Diseño metodológico

3.1 Área de estudio

El presente estudio de investigación se realizó en el distrito de Andahuaylillas uno de los doce distritos que conforman la provincia de Quispicanchis y Departamento del Cusco.

Dicho distrito cuenta con 150 adultos mayores.

3.2 Tipo de estudio

Descriptivo: El estudio permitió describir los estilos de vida y el estado nutricional en adultos mayores del distrito de Andahuaylillas

Correlacional: Permitted relacionar las variables estilos de vida y el estado nutricional en adultos mayores del distrito de Andahuaylillas

Transversal: En el estudio se recolecto los datos en un solo momento haciendo un corte en el tiempo de las variables de los estilos de vida y estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas Cusco 2023.

3.3 Población

La población estuvo constituida por 150 adultos mayores de ambos sexos del distrito de Andahuaylillas.

3.4 Muestra

El tipo de muestreo es No probabilístico de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, se aplicó la fórmula de población finita:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

$$n = \frac{150 * 196 * 0.05 * 0.95}{0.05 * (289 - 1) + 1.96 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = 106$$

Donde:

- $N = 150$ adultos mayores.
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- $p =$ proporción esperada (en este caso $5\% = 0.05$)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

3.5 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de ambos sexos.
- Que se encuentren presentes en el distrito de Andahuaylillas al momento de realizar la aplicación del instrumento.
- Lúcidos orientados en tiempo espacio y persona.
- Con participación voluntaria en la investigación y que firmaron el consentimiento informado.

3.6 Criterios de exclusión

- Adultos mayores que se cambiaron de domicilio.
- Con problemas mentales, desorientados o enfermos.

3.7 Operacionalización de variables

VARIABLE 1	CONCEPTUALIZACIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	NIVELES O RANGOS	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
Estilos de vida	Los estilos de vida saludables son los patrones de comportamiento determinados por la relación entre las características individuales, sociales y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de alimentación - Incremento de consumo - Azúcar en la alimentación - Comida rápida - Frutas y/o verduras - Carbohidratos - Proteínas - Agua - Sustancias con contenido alto en azúcar - Sustancias estimulantes 	<p>Buena: 31 a 40 puntos.</p> <p>Regular 21 a 30 puntos.</p> <p>Mala :10 a 20 puntos.</p>	<p>-Estilo de vida saludable: 75 a 100 puntos</p> <p>-Estilo de vida no saludable: 25 a 74 puntos</p>	Ordinal
		Actividad y ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de ejercicios - Actividad laboral 	<p>Siempre: 7 a 8 puntos.</p> <p>Regular 5 a 6 puntos.</p> <p>Nunca :2 a 4 puntos.</p>		
		Manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de tensión o preocupación en su vida - Alternativas de solución 	<p>Adecuado: 13-16 puntos.</p> <p>Regular: 9-12 puntos.</p>		

			<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de relajación - Expresión de sentimientos 	Inadecuado: 4-8 puntos		
		Apoyo interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar - Comunicación familiar - Apoyo en la toma de decisiones personales - Respuesta familiar a sus emociones - Interacción familiar 	Bueno: 16 a 20 puntos Regular 11 a 15 puntos Malo: 5 a 10 puntos		
		Auto realización	<ul style="list-style-type: none"> - Logros personales - Metas diarias - Actividad de desarrollo personal 	Alta: 10 a 12 puntos Regular :7 a 9 puntos Baja: 3 a 6 puntos		
		Responsabilidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Atención medica 	Buena:1 puntos Regular:2 a 3 puntos Mala:4 puntos		

VARIABLE 2	CONCEPTUALIZACION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
Estado nutricional	Es el resultado del balance entre los requerimientos y la alimentación diaria que tiene lugar después del ingreso de nutrientes y se valora a través de parámetros como el índice de masa corporal.	Índice antropométrico	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de masa corporal - Perímetro braquial - Perímetro de pantorrilla - Pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 24 puntos = Bien nutridos • 17 a 23,5 puntos = Riesgo de desnutrición • < 17 puntos = Desnutrido 	Ordinal
		Evaluación Global	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente - Consumo de medicamentos - Enfermedades agudas o psicológica - Movilidad - Problemas neuropsicológicos - Lesiones cutáneas 		
		Parámetros Dietético	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de comidas - Consumo de proteínas - Consumo de frutas y verduras - Disminución de apetito 		

			<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de consumo de agua - Apoyo en la alimentación 		
		Valoración Subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas nutricionales - Percepción de la salud 		

VARIABLES	CONCEPTUALIZACION OPERACIONAL v	CATEGORIAS	ESCALAS DE MEDICION
Edad	Promedio de años desde el nacimiento hasta la actualidad	<ul style="list-style-type: none"> - 60 años a 70 años - > más de 70 años 	Intervalo
Sexo	Diferenciación biológica	<ul style="list-style-type: none"> - Varón - Mujer 	Nominal
Nivel de instrucción	Se refiere al grado de educación alcanzado por una persona, generalmente medido en términos formales como la cantidad de años de educación completados o el tipo de título académico obtenido.	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Superior completo - Superior incompleto 	Ordinal
Ocupación	La clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin ocupación - Eventual - Trabajo estable - Jubilado 	Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Conviviente - Casado - Separado - Viudo - Divorciado 	Nominal

3.8 Instrumentos

Instrumento:

Para el estudio de la investigación se utilizaron dos instrumentos validados.

Primero: Estado nutricional

Este instrumento es una encuesta que se utilizó para la recopilación de información fue mediante una ficha de valoración nutricional extraído de la guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor aplicada por el Ministerio de salud del Perú. donde se puede medir el estilo de vida a través de sus dimensiones como son índice antropométrico, evaluación global, parámetros dietéticos y la valoración subjetiva, Consta de 18 de ítems y se clasifica de la siguiente forma:

- ≥ 24 puntos = Bien nutridos
- 17 a 23,5 puntos = Riesgo de desnutrición
- < 17 puntos = Desnutrido (72).

Segundo: Escala del Estilo de Vida.

Este instrumento es una encuesta elaborado en base al Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de Salud Elaborado por Walker, Sechrist y Pender creada en 1986 en la universidad de Nebraska con su versión en español publicada en 1996 posteriormente esta misma fue modificada y adaptada al adulto mayor en el año 2008 por la docente investigadora Delgado y tutoras Márquez y Díaz en su investigación , donde se puede medir el estilo de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. Consta de 25 ítems, donde cada ítem tuvo el siguiente criterio de calificación: nunca $n = 1$; a veces $v = 2$; frecuentemente: $f = 3$; siempre: $s = 4$ En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es $n=4$; $v=3$; $f=2$; $s=1$. Los puntajes obtenidos para la escala total resultaron del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems, de la misma manera cada dimensión tiene sus niveles o rango.

La dimensión alimentación los niveles considerados son Buena: 31-40 puntos, Regular: 21 a 30 puntos y Mala: 10 a 20 puntos; en la dimensión actividades y

ejercicios los niveles son Siempre: 7-8 puntos, Regular: 5 a 6 puntos, Nunca: 2 a 4 puntos; en la dimensión manejo del estrés los niveles es Adecuado: 13 a 16 puntos, Regular: 9 a 12 puntos, Inadecuado: 4 a 8 puntos; en la dimensión apoyo interpersonal los niveles son: Bueno: 16 a 20 puntos, Regular: 11 a 15 puntos, Mala: 5 a 10 puntos; en la dimensión autorrealización los niveles son Alto: 10 a 12 puntos, Regular: 7 a 9 puntos, Baja 3 a 6 puntos; en la dimensión Responsabilidad en salud Bueno: 1 punto, Regular: 2-3 puntos, Mala: 4 punto. Los mismos que fueron clasificados: En estilos de vida saludables de 75 a 100 puntos y Estilos de vida no saludables de 25 a 74 puntos (73)

Baremación de alimentación consta de 10 ítems y la mayor escala valorativa es 4, donde se divide en buena de 31 a 40 puntos, regular de 21 a 30 puntos, por último, mala de 10 a 20 puntos.

Baremación de actividad y ejercicio consta de 2 ítems y la mayor escala valorativa es 4, donde se divide en siempre de 7 a 8 puntos, regular de 5 a 6 puntos, por último, mala de 2 a 4 puntos.

Baremación de manejo del estrés consta de 4 ítems y la mayor escala valorativa es 4, donde se divide en adecuado de 13 a 16 puntos, regular de 9 a 12 puntos, por último, inadecuado de 4 a 8 puntos.

Baremación de apoyo interpersonal consta de 5 ítems y la mayor escala valorativa es 4, donde se divide en bueno de 16 a 20 puntos, regular de 11 a 15 puntos, por último, malo de 5 a 10 puntos.

Baremación de autorrealización consta de 3 ítems y la mayor escala valorativa es 4, donde se divide en alta de 10 a 12 puntos, regular de 7 a 9 puntos, por último, baja de 3 a 6 puntos.

Baremación de responsabilidad en salud consta de 1 ítems y la mayor escala valorativa es 4, donde se divide en buena de 1 punto, regular de 2 a 3 puntos, por último, mala de 4 puntos.

3.10 validez y confiabilidad

Instrumento de estilos de vida: En la investigación de Delgado, Márquez y Díaz presenta la validez del instrumento de Estilos de Vida en adultos mayores, donde se aplicó la fórmula R de Pearson en cada uno de los ítems. Donde se obtuvo un $r > 0.20$, lo cual indica que el instrumento es válido.

Respecto a la confiabilidad se obtuvo un valor de 0.79 a través de la prueba del alfa de Cronbach. (73)

Instrumento del estado nutricional:

El Instituto Nacional de Salud del Estado Peruano, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, la Dirección General de Salud de las Personas como órgano técnico normativo de los procesos relacionados con la atención integral de salud; y los especialistas de nutrición y de la atención de la persona adulta mayor de las entidades públicas y privadas participaron en la adaptación del MNA(Mini Nutritional Assessment) a una “Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor”, el cual esta guía presenta el instrumento del estudio de Rubenstein et al (2001) el cual fue evaluada mediante el coeficiente de kappa (valores entre 0,666 y 0,83) y el α de Cronbach ($\alpha=0,93$). (74). Por lo tanto, este instrumento integrado en la guía del adulto mayor fue aprobado mediante la resolución ministerial expediente N° 11-073818-001 del Instituto Nacional de Salud y el Oficio N° 5148-2011-DGSP/MINSA para su implementación en los establecimientos de salud del Perú. (75)

3.11 Procesamiento de recolección de datos

El proceso de la recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se inició con los trámites dirigidos al alcalde de la Municipalidad de Andahuaylillas y presidentes de las comunidades.
- Con la autorización de las instituciones se procedió a realizar la aplicación de los instrumentos.
- Se aplicó la encuesta a los adultos mayores de distrito de Andahuaylillas.

- La duración de aplicación del instrumento por cada participante fue de 20 minutos aproximadamente.
- Se procedió a la toma de peso, talla, perímetro braquial y de pantorrilla a los adultos mayores.
- Se aplicó los instrumentos de lunes a domingo en horario de 08:00pm a 17:00pm.
- Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico programa software SSPS versión 25, el cual primero se procedió a la digitación y tabulación de datos, luego se buscó la frecuencia y porcentaje para los objetivos.
- Seguidamente se determinó la distribución de los datos y para establecer que prueba utilizar para encontrar la relación de las dos variables.
- Los resultados obtenidos fueron presentados en forma de tablas de doble entrada con frecuencia y porcentaje.

3.12 Procesamiento y análisis de datos

La información recolectada se organizó en una base de datos con ayuda del software Excel 2019, el cual nos ayudo en la organización de la información recolectada, asimismo se empleó el software estadístico SPSS V.25 para el análisis de los datos, para obtener las tablas con el porcentaje.

Los resultados fueron presentados en tablas estadísticas, se empleó la prueba estadística de Rho de Spearman para determinar si existe una relación entre los resultados esperados y los observados, así también para comprender e interpretar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores. De esta manera las variables fueron estudiadas y presentadas mediante estadística descriptiva para cuadros de frecuencias y porcentajes estadística no paramétrica para tablas cruzadas, con la relación de sus dimensiones permitiendo dar respuesta a la hipótesis y la correlación entre ambas variables.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Este capítulo presenta el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos y responder a los objetivos planteados con el fin de dar a conocer los resultados de la investigación.

Tabla 1.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023

Características Generales		n°	%
Sexo	Femenino	68	64
	Masculino	38	36
	Total	106	100
Estado Civil	Conviviente	19	18
	Casado(a)	45	42
	Separado(a)	4	4
	Divorciado(a)	4	4
	Viudo(a)	34	32
	Total	106	100
Nivel de instrucción	Primaria completa	13	12
	Primaria Incompleta	67	63
	Secundaria Completa	3	3
	Secundaria incompleta	16	15
	Superior Completo	3	3
	Superior Incompleto	4	4
	Total	106	100
Ocupación	Trabajo estable	5	5
	Eventual (agricultura)	41	38
	Sin Ocupación	57	54
	Jubilado	3	3
	Total	106	100

Fuente: *Encuesta*

ANALISIS E INTERPRETACION:

En la presenta tabla se observa que un 64% de los adultos mayores son del sexo femenino, el 42% están casados, un 63% tiene educación primaria incompleta y 54% de los adultos mayores no tienen ocupación.

Según **Guamán y Prado (2023)** en su tesis titulada “estado nutricional y estilos de vida en los adultos mayores de la parroquia de Jerusalén del cantón Biblian - Ecuador”, sus resultados demuestran un 57.5% de adultos mayores son casados el cual muestra similitud con dicha investigación.

Hay predominio del sexo femenino, donde menos de la mitad son casados, más de la mitad tienen una educación de primaria incompleta y la mayor parte no tienen ocupación. No concluyeron sus estudios porque enfrentaron serias dificultades económicas que limitaban el acceso a la educación, y también no era considerada esencial la educación, la falta de escuelas y centros de formación limitaba las oportunidades de educación y se dedicaron a otras actividades como la agricultura.

Tabla 2.

ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023

Estilos de vida	n°	%
Saludable	3	3
No Saludable	103	97
Total	106	100

FUENTE: *Encuesta*

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla se observa que un 97% de los adultos mayores presenta un estilo de vida considerado no saludable, mientras que solo un pequeño porcentaje de 3% muestra un estilo de vida saludable.

Según **Serrano (2018)** en su tesis titulada "Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad de Machala" presenta que más de la mitad de adultos mayores tienen estilos de vida no saludables, mostrando similitud con el presente estudio

De los resultados obtenidos se observa que la mayor parte de adultos mayores, se encuentran con estilos de vida no saludables, lo cual deja expuesta la realidad de los adultos mayores, por la falta de recursos económicos que limitan al consumo de alimentos nutritivos, servicios de salud adecuados y actividades recreativas, promoviendo así hábitos poco saludables.

Tabla 3.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023

Estado nutricional	n°	%
Bien nutrido	18	17
Riesgo de Desnutrición	69	65
Desnutrido	19	18
Total	106	100

FUENTE: *Encuesta*

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

Se observa en la tabla que un 65% de los adultos mayores se encuentran en riesgo de desnutrición, el 18% están desnutridos, y un 17% están bien nutridos.

Según **Arias y celleri (2018)** en su tesis titulada "Relación entre los estilos de vida y estado nutricional en los adultos mayores que asisten al hogar de los abuelos cuenca-Ecuador 2017" el 63,3% de adultos mayores presentan un estado nutricional considerado riesgo de desnutrición, mostrando así una gran similitud con dicho estudio.

De los resultados obtenidos se observa que la mayor parte de adultos mayores, se encuentran en riesgo de desnutrición, Se infiere según las bases teóricas que durante el envejecimiento la persona atraviesa cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes que hacen que la dinámica cotidiana del adulto se altere, también aumenta la prevalencia de problemas ligados al estado nutricional.

Tabla 4.

ALIMENTACION Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS

Alimentación	Estado Nutricional del adulto mayor						Total	
	Desnutrido		Riesgo de Desnutrición		Bien nutrido		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Malo	9	8	33	31	11	10	53	50
Regular	8	8	28	26	4	4	40	38
Bueno	2	2	8	8	3	3	13	12
Total	19	18	69	65	18	17	106	100%

FUENTE: Encuesta

Rho de Spearman 0.796 p-valor 0.004 p< 0.05

ANALISIS E INTERPRETACION

En la presenta tabla el 50% de adultos mayores tienen una mala alimentación y un 31 % se encuentran en “Riesgo de Desnutrición”.

Por lo tanto, el Rho de Spearman con su valor 0.796 refleja que existe una correlación buena entre la dimensión de alimentación y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

Los resultados encontrados son similares al estudio de **Romani (2022)** en su tesis “estilos de vida y estado nutricional d ellos adultos mayores del centro de salud Mazamari 2021” demuestra que el 30% de los adultos mayores cuentan con una mala alimentación relacionado a que se encuentran en riesgo de desnutrición.

De los resultados obtenidos se observa que la mayor parte de adultos mayores, se encuentran con un nivel malo de alimentación junto a un riesgo de desnutrición, habiendo una correlación significativa, los adultos mayores evidencian una mala alimentación por la disminución en la frecuencia de alimentos durante el día, la variedad en la alimentación, el consumo de alimentos procesados, alto en azúcar llegando afectar el estado nutricional.

Tabla 5.

EJERCICIO, ACTIVIDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023

Actividad y ejercicio	Estado Nutricional del adulto mayor						Total	
	Desnutrido		Riesgo de Desnutrición		Bien nutrido			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Siempre	5	5	17	16	8	8	30	28
Regular	7	7	27	25	3	3	37	35
Nunca	7	7	25	24	7	7	39	37
Total	19	18	69	65	18	17	106	100

FUENTE: Encuesta

Rho de Spearman 0.435 p-valor 0.009 $p < 0.05$

ANALISIS E INTERPRETACION

Lo datos obtenidos muestran que un 37% de adultos mayores nunca realizan una actividad física y el 24 % de adultos mayores se encuentran en riesgo de desnutrición.

Según la interpretación de Spearman con su valor es de 0.435 muestra que existe una correlación moderada entre la dimensión de actividad, ejercicio y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

Los resultados tienen similitud con **Gutiérrez (2023)** en su trabajo de investigación "Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor, centro poblado de Marian distrito de Independencia- Huaraz 2023" donde el 60.0% tiene riesgo de desnutrición y nunca realizan actividad y ejercicio.

Los resultados comprueban que existe una relación significativa entre el ejercicio y el estado nutricional de los adultos mayores, evidenciando que los adultos mayores no realizan actividad física de forma regular afectando a su estado nutricional.

Tabla 6.

MANEJO DE ESTRES Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023

Manejo de Estrés	Estado Nutricional del adulto mayor							
	Desnutrido		Riesgo de Desnutrición		Bien nutrido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inadecuado	12	11	51	48	17	16	80	75
Regular	4	4	14	13	0	0	18	17
Adecuado	3	3	4	4	1	1	8	8
Total	19	18	69	65	18	17	106	100

FUENTE: Encuesta

Rho de Spearman 0.672 p-valor 0.002 $p < 0.05$

ANALISIS E INTERPRETACION

En la tabla presentada los resultados demuestran que un 75% de adultos mayores tienen un manejo inadecuado del estrés y donde un 48% se encuentran con riesgo de desnutrición.

Por lo tanto, al aplicar Rho de Spearman su valor es de 0.672 este resultado refleja que existe una correlación buena entre la dimensión manejo del estrés y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

De los resultados encontramos similitud con **León y Soria (2022)** en su trabajo de investigación "Influencia de los estilos de vida en el estado nutricional en el adulto mayor de la casa acogida de ancianos Apaktone de puerto Maldonado 2021", el cual sostiene que el 55.0% de adultos mayores presentan un manejo inadecuado del estrés junto un riesgo de desnutrición en dichos adultos.

El resultado muestra que hay un inadecuado manejo del estrés relacionado a un riesgo de desnutrición, no hay un manejo adecuado de sus emociones, tensiones, preocupaciones y desconocer actividades de relajación, afectando así en su estado nutricional.

Tabla 7.

APOYO INTERPERSONAL Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023

Apoyo interpersonal	Estado Nutricional del adulto mayor						Total	
	Desnutrido		Riesgo de Desnutrición		Bien nutrido		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Malo	6	6	31	29	13	12	50	47
Regular	8	8	32	30	5	5	45	42
Bueno	5	5	6	6	0	0	11	10
Total	19	18	69	65	18	17	106	100

FUENTE: Encuesta

Rho de Spearman 0,593 p-valor 0.0008 $p < 0.05$

ANALISIS E INTERPRETACION

En la tabla presentada, el 47% de adultos mayores tienen un mal apoyo interpersonal donde el 29% tiene riesgo de desnutrición.

Se observa que la correlación de Rho de Spearman su valor es de 0.593 este resultado refleja una correlación moderada entre la dimensión apoyo interpersonal y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

Estos resultados tienen similitud con **Taica (2022)** en su tesis titulada "Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor, en el centro de salud Tupac Amaru, Chiclayo 2020", menciona que el 30% de la población estudiada presenta un mal apoyo interpersonal y un riesgo de desnutrición.

De los resultados obtenidos se observa que los adultos mayores tienen un mal apoyo interpersonal pudiendo afectar en el riesgo de desnutrición, los familiares, amigos o cuidadores no participan en comidas regulares y nutritiva con los adultos mayores ya que al compartir espacios promueven la satisfacción y el apoyo emocional.

Tabla 8.

AUTOREALIZACION Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023

Auto realización	Estado Nutricional del adulto mayor						Total	
	Desnutrido		Riesgo de Desnutrición		Bien nutrido			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alta	14	13	55	52	17	16	86	81
Regular	4	4	14	13	1	1	19	18
Baja	1	1	0	0	0	0	1	1
Total	19	18	69	65	18	17	106	100

FUENTE: Encuesta

Rho de Spearman 0.161 p-valor 0.098 $p < 0.05$

ANALISIS E INTERPRETACION

En la siguiente tabla se observa que un 81% de adultos mayores presentan una alta autorrealización dentro del cual un 52% se encuentran en riesgo de desnutrición.

Al aplicar Rho de Spearman su valor es de 0,161 este resultado refleja que existe una muy baja correlación entre la dimensión autorrealización y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

Los resultados encontrados son similares al estudio de **Alfaro y Ramírez (2022)** en su trabajo de investigación intitulado “Estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores, del Asentamiento Humano 18 de marzo, Collique 2022”, menciona que el 60.0% de adultos mayores presentan una alta autorrealización relacionado a un riesgo de desnutrición.

De los resultados obtenidos se puede indicar que no existe una relación significativa entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor, por lo tanto, esta dimensión no afecta al estado nutricional del adulto mayor.

Tabla 9.

RESPONSABILIDAD SOCIAL Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023

Responsabilidad en salud	Estado Nutricional del adulto mayor						Total	
	Desnutrido		Riesgo de Desnutrición		Bien nutrido			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bueno	12	11	58	55	18	17	88	83
Regular	4	4	8	8	0	0	12	11
Malo	3	3	3	3	0	0	6	6
Total	19	18	69	65	18	17	106	100

FUENTE: *Encuesta*

Rho de Spearman 0,294 p-valor 0.002 p < 0.05

ANALISIS E INTERPRETACION

Los datos obtenidos muestran que un 83% de adultos mayores se encuentran con una buena responsabilidad en salud y el 55% con riesgo de desnutrición.

Al aplicar Rho de Spearman su valor es de 0,294, este resultado refleja que existe una correlación baja entre la dimensión responsabilidad social y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

Los resultados encontrados son similares al estudio de **Tantalean (2020)** en su tesis titulada "Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano la Victoria, distrito de la banda de Shilcayo-Tarapoto", menciona que el 67.5% cuentan con buena responsabilidad social, pero se encuentran en riesgo de desnutrición.

De los resultados obtenidos se puede indicar que los adultos mayores tienen una buena responsabilidad en salud sin embargo este grupo de estudio tiene riesgo de desnutrición, se infiere que la responsabilidad en salud del adulto mayor no juega un papel crucial en su propio estado nutricional y bienestar general que al acudir al establecimiento de salud no hay una clara orientación nutricional.

Tabla 10.

ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023.

Estilos de vida	Estado Nutricional						Total
	Desnutrido		Riesgo de Desnutrición		Bien nutrido		
	n	%	n	%	n	%	
No saludable	18	17	67	63	18	17	103
Saludable	1	1	2	2	0	0	3
Total	19	18	69	65	18	17	106

FUENTE: Encuesta

Rho de Spearman 0.940 p-valor 0.03 p < 0.05

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

En la tabla se observa que los adultos mayores presentan un 65% en riesgo de desnutrición y el 63% se encuentran con estilos de vida no saludable.

Según la interpretación lineal de correlación por Spearman muestra que existe una correlación buena con un valor de 0.940 entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023.

Los resultados encontrados son similares al estudio de **Arias y Céleri (2018)** en su tesis titulada “Relación entre los estilos de vida y estado nutricional en los adultos mayores que asisten al hogar de los abuelos cuenca Ecuador- 20217” determinaron en su trabajo de investigación que existe una relación significativa entre el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores que participaron en la investigación (r = 0,29).

Según **Gutiérrez (2023)** en su tesis titulada “Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor, centro poblado de Marian distrito independencia – Huaraz 2020” encontró en su investigación que, si existe relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional, mostrando similitud con el presente estudio.

De los resultados obtenidos se puede indicar que los estilos de vida y el estado nutricional están relacionados significativamente, es fundamental entender cómo las

elecciones diarias pueden afectar la salud general y el bienestar nutricional de esta población, los estilos de vida juegan un papel crucial en la determinación del estado nutricional del adulto mayor. Fomentar hábitos alimenticios saludables, la actividad física regular, y el apoyo social y emocional puede mejorar significativamente el estado nutricional de esta población vulnerable. Por consiguiente, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

CONCLUSIÓN

- Los adultos mayores más de la mitad son de sexo femenino, casados, tienen primaria incompleta y se encuentran sin ocupación.
- En cuanto a los estilos de vida de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, se observó un porcentaje alto de estilos no saludables.
- Respecto al estado nutricional la mayor proporción de adultos mayores presentan un riesgo de desnutrición.
- Existe una relación buena entre la dimensión de alimentación y estado nutricional de los adultos mayores, con un coeficiente de Spearman $Rho=0.796$, donde la mayor parte de adultos mayores presentan una mala alimentación relacionado a un riesgo de desnutrición.
- En la dimensión actividad, ejercicio y estado nutricional existe una relación moderada de los adultos mayores, con un coeficiente de Spearman $Rho=0.611$, esto indica que más de la mitad de adultos mayores presentan una regular actividad física y se encuentran en riesgo de desnutrición.
- En la dimensión manejo del estrés y el estado nutricional existe una relación buena, con un coeficiente de Spearman $Rho=0.612$, donde la mayoría de adultos mayores presentan un inadecuado manejo del estrés relacionado a un riesgo de desnutrición.
- En la dimensión del apoyo interpersonal y el estado nutricional existe una relación moderada, con un coeficiente de Spearman $Rho=0.015$, donde menos de la mitad de adultos mayores presentan un mal apoyo interpersonal junto con un riesgo de desnutrición.
- No existe una relación entre la dimensión de autorrealización y el estado nutricional, con un coeficiente de Spearman $Rho=0.161$, donde la minoría de adultos mayores presentan una baja autorrealización relacionado a un riesgo de desnutrición.
- Existe una relación baja entre la dimensión de responsabilidad social y el estado nutricional, con un coeficiente de Spearman $Rho=0.294$ la gran parte presenta una buena responsabilidad social con un riesgo de desnutrición.

- Los estilos de vida y el estado nutricional tienen relación significativa según Rho de Spearman=0.940 el cual permite aceptar la hipótesis alterna.

SUGERENCIAS

- Al centro de salud del distrito de Andahuaylillas se recomienda desarrollar intervenciones que aborden a mejorar los estilos de vida en los a. Estas intervenciones podrían incluir programas educativos, asesoramiento personalizado y actividades recreativas que promuevan un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida.
- Considerando la diferencia de género, se sugiere al centro de salud del distrito de Andahuaylillas diseñar programas específicos que aborden las necesidades de las mujeres y los hombres por separado. Esto permitirá una atención más precisa y personalizada, reconociendo las diferencias en la salud y el bienestar de ambos géneros.
- Para el riesgo de desnutrición, se sugiere establecer programas de evaluación nutricional y proporcionar intervenciones específicas, como asesoramiento dietético y acceso a alimentos nutritivos. La colaboración con profesionales de la salud y nutricionistas puede ser esencial para diseñar estrategias personalizadas y mejorar la situación nutricional de esta población.
- Respecto al manejo del estrés, se sugiere la implementación de programas de salud mental específicos para adultos mayores. Estos programas incluirían sesiones de terapia, actividades de relajación y estrategias de afrontamiento, proporcionando herramientas efectivas para mejorar la salud emocional y, por ende, la calidad de vida del adulto mayor.

Fuentes Bibliográficas

1. Paye Huanca O, Choque , Olmos Aliaga C. Estado nutricional de los adultos mayores que asisten a la Universidad Municipal del Adulto mayor. Scielo- La Paz ,Bolivia. 2017; vol58(n°1).
2. Organizacion Mundial de la salud. Centro de informacion. [Online]; 2013. Acceso 19 de septiembrede 2023. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf.
3. Ventura Suclupe AdP, Zevallos Cotrina ADR. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque. ACC CIETNA. 2017; Vol6(N°1).
4. Caballero García C, Benítez Rivero. Manual de atencion al anciano desnutrido España : Ergon ; 2011.
5. Camina Martín MA, De Mateo Silleras B, Lopez Mongil R, López-Trigo J. Valoracion del estado nutricional en Geriatria. Elsevier - España. 2016.
6. Kelland MD. Psicoterapia de Alderian. California : Biblioteca de la Universidad de California Davis, Las bibliotecas de LibreTexts funcionan con MindTouch® Proyecto Piloto de Libros Abiertos del Departamento de Educación.
7. Revista Española de Geriatria y Gerontologia. Valoración del estado nutricional en Geriatria: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - España. Elsevier. 2016; vol.51.
8. Erika Toapaxi YG. Influencia del estilo de vida en el estado de salud de los adultos mayores. Enfermeria Investiga , Universidad Tecnica de Ambato - Ecuador. 2020;; p. 121.
9. Velez Villacorta E. Estilo de vida de los adultos mayores que acuden a un centro de salud de Lima. Repositorio institucional-WIENER, Lima.
10. Jose Vela Ruiz AM,DT,LS. Características coligadas al estilo de vida en pacientes adultos mayores en un Centro de Salud de los Andes en el Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana - Andahuaylas. 2021; vol22.
11. Asenjo Alarcón A. Estado nutricional según características demográficas de adultos mayores peruanos. Revista Finlay - Peru. 2022; vol12: p. 28.
12. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia - Lima. Scielo. 2019; v.68.
13. Instituto nacional de estadistica e informatica. Plataforma digital única del Estado Peruano. [Online]; 2023. Acceso 11 de septiembrede 2023. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/824582-mas-de-4-millones-500-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia-este-26-de-agosto>.

14. Carhuavilca Bonett D, Abad Altamirano P. Situacion de la poblacion adulta. Peru : Instituto nacional de estadistica e informatica.
15. Serrano S, Esther M. Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad de Machala Loja -Ecuador. 2018.
16. Arias Gárate C. Relacion entre los estilos de vida y estado nutricional en los adultos mayores que asisten al hogar de los abuelos. , Cuenca - Ecuador.
17. Guaman Pinos J, Prado Ordoñez YG. Estado Nutricional y Estilos de vida en los adultos mayores de la parroquia Jerusalem del canton Biblian. Azogues -Ecuador, Universidad Catolica de Cuenca. 2023.
18. Tantalean Chavez. Estilos de vida y su relacion con el estado nutricional del adulto mayor , asentamiento humano, L aVictoria , distrito de la Banda de Shilcayo Tarapoto, Peru. 2020.
19. Gutierrez Sanchez A. Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor , centro poblado de Mirian distrito Independencia ,Huaraz. Universidad Catolica Los Angeles Chimbote -Huaraz ,Peru 2023. 2020.
20. Romani Pizarro R. Estilos de vida y estado nutricional en el adulto mayor del centro de salud mazamari. , Huancayo.
21. Leon Apaza , Soria Pucho. influencia de los estilos de vida en el estado nutricional en el adulto mayor de la casa acogida de ancianos Apaktone de Puerto Maldonado 2021. Universidad Nacional Amazonia de Madre de Dios. 2022.
22. Taica Burga S. Estilos de vida y estado nutricional del adultos mayores en el centro de Salud Tupac Amaru. Universidad Señor de Sipan , Chiclayo.
23. Alfaro Cuba AF, Ramirez Monsalve K. Estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores del asentamiento humano 18 de marzo. , Lima - Collique.
24. Lorenzo Diaz C, Diaz Alfonso. Estilos y calidad de vida y su vinculo con la depresion en el siglo 2021. Revista ciencias medicas. 2019; vol 23.
25. Ortega Navas , Flores Tena J. Importancia de los estilos de vida en la salud y el envejecimiento activo. Revista semestral para cuidadores. 2019; vol30.
26. OMS. Las Condiciones de Salud en las Ameritas Washington; 1994.
27. Instituto nacional de salud. "Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica del adulto mayor". Ministerio de Salud.
28. Ministerio de salud. Guia tecnica para la valoracion nutricional antropometrica de la persona adulta mayor. Instituto nacional de salud, lima.
29. Ministerio de salud. Estado nutricional en el Peru. Direccion ejecutiva de vigilancia alimentaria y nutricional DEVAN, Lima.

30. Ministerio de salud adulto mayor. Direccion General de salud de las persona y promocion de la salud. 2017.
31. Ministerio de salud. Estado nutricional en el Peru. Direccion Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional-Devan. 2016.
32. Ministerio de salud. Direccion Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional-Devan. 2016.
33. Ministerio de salud. Todos envejecemos promovamos juntos adultos mayores. 2008. http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2008/adulto_mayor/principal.htm.
34. Direccion General de salud de las personas y promocion de la salud. Adulto mayor. Ministerio de salud, Lima.
35. Instituto Nacional de salud. Guia tecnica para la valoracion Nutricional Antropometrica de la persona Adulta Mayor. Ministerio de Salud, Lima.
36. Direccion General de salud de las personas y promocion de la salud. Adulto mayor. Ministerio de salud, Lima.
37. CENAN/INEI. Estado nutricional en el peru. componente nutricional ENAHO- CENAN-INS.
38. Llanos Mamani M. Caracterizacion del consumo alimentario nutricional y evaluacion del estado nuricional en adultos mayores. , puno.
39. Soria Romero , MA. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el estado de mexico. Scielo. 2017.
40. Salgado Palacios IDR, Herrera Fajardo , Sallago Vidal. Irene del Rocío Salgado Palacios, Lucía Herrera Faja “Asociación entre desnutrición y anciano”. SANUM Revista Sanitaria. 2022.
41. Dent , wrigth , Wood. Elsa Dent, Olivia R L Wright, Jean Malnutrición en adultos mayores: últimas evidencias y recomendaciones. LANCET. 2023.
42. Corio Andujar , Arbones Fincias. Nutricion y Salud. Elseiver. 2009; 35(9).
43. Alvarado Garcia A. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Elseiver. 2017.
44. Studocu. Antropometria en adultos mayores 2017 <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-michoacana-de-san-nicolas-de-hidalgo/fisiologia/antropometria-y-los-valores-que-se-consideran-por-la-oms-apuntes-13-7/22890172>.
45. Luis Restrepo Betancur JVV. Evaluacion nutricional de los adultos mayores con el MNA. Universidad y Salud Articulos originales. 2018.
46. Dres.Jenna McMinn Clarie Steel AB. Pérdida involuntaria de peso en ancianos. IntraMED. 2017; 005.

47. Gonzales F, Massad T. Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores. SENAMA, Chile.
48. Del Aguilar C, Sschemuly G, Yabar S. Síndromes Geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud 1-3 San Juan MINSA. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Enfermería.
49. Valenzuela. Uso de fármacos en el adulto mayor. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina.
50. Riu CM&FBM. Cuidados Enfermeros Barcelona: Masson; 2005.
51. Buitrago Bonilla , Cordon Espinoza , Cortes Lugo. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. Revista de la asociación latinoamericana para la formación y enseñanza de la psicología. 2019.
52. Parada KR, Guapizaca J, Bueno A. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años [Obtenido de: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-27862022000200077](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-27862022000200077).
53. Duncan S. Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor. Colombia .
54. Zouboulis. Clinical aspects and molecular diagnostics of skin aging..
55. Campbell , Charles Parish. La úlcera de decúbito: hechos y controversias. Elsevier. 2010; volumen 28(número 5).
56. Ministerio de Salud del Perú. Programa Dirección de Intervenciones por Curso de Vida. 2020 <https://www.youtube.com/watch?v=LYJnel79bH4>.
57. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. Institutos Nacionales de Salud. 2020. <https://www.nia.nih.gov/health/healthy-eating-after-50>.
58. Amador Licona , Moreno Vargas , Martínez Cordero. Ingesta de proteínas, lípidos y fuerza muscular en ancianos.. Scielo. 2018; 35(1).
59. Garrido Méndez , Celis Morales. Comer frutas y verduras se asocia con un menor riesgo de mortalidad. Scielo. 2018; 45(2).
60. Biblioteca Nacional de Medicina. Medline Plus. 2022 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003121.htm#:~:text=Una%20disminuci%C3%B3n%20del%20apetito%20se,puede%20causar%20disminuci%C3%B3n%20del%20apetito>.
61. Alvarado García , Lamprea Reyes , Murcia Tabares. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Scielo. 2017; vol14(3).
62. Pinzon Espitia OL. Malnutrición en el adulto mayor. Scielo. 2023 ; 21(2).

63. Real Academia de la lengua española. 2015. 10 de septiembre de <https://dle.rae.es/antropometr%C3%ADa>.
64. Definicion. 2015, 11 de sept. <https://definicion.de/medida/>.
65. World Health Organization. World report on ageing and health.: World Health Organization; 2015.
66. Warburton DE, Bredin SS. Beneficios para la salud de la actividad física: una revisión sistemática de las revisiones sistemáticas actuales.: Current Opinion in Cardiology; 2017.
67. Colegio Americano de Medicina Deportiva. Pruebas de ejercicio y prescripción del ACSM: Wolters Kluwer Health; 2018.
68. Wu H, Flint AJ, Qi Q, van Dam RM, Sampson LA, Rimm EB, et al. Asociación entre la ingesta dietética de cereales integrales y el riesgo de mortalidad: dos grandes estudios prospectivos en hombres y mujeres estadounidenses: JAMA Internal Medicine; 2017.
69. World Health Organization. Obesidad y sobrepeso: World Health Organization; 2020.
70. Taylor SE, Stanton AL. Psicología de la salud: interacciones biopsicosociales McGraw-Hill; 2007.
71. Lippke S, Zielgemann JP. Cambio de comportamiento de salud basado en teorías: desarrollo, prueba y aplicación de teorías para intervenciones basadas en evidencia: Applied Psychology; 2008.
72. Ministerio de salud. "Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica del adulto mayor". Instituto nacional de salud.
73. Chahua Tineo FA. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. informe de investigación. Universidad Cesar Vallejo, Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/18968>.
74. Cano MMP. Revisión bibliográfica sobre la utilidad del Mini Nutritional. UNIVERSIDAD DE CATANBRIA ,España. 2016; Nutrición y metabolismo en el desarrollo humano.
75. Luis Aguilar Esenarro MCR. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Lima: Instituto nacional de salud , MINSA.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO PARA ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS

INSTRUCCIONES: el presente instrumento tiene por finalidad obtener información respecto a los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023, para lo cual le solicitamos su colaboración, complete y marque con una (X) la alternativa que considere pertinente en cada caso, dicho instrumento se mantendrá bajo el anonimato solo para el manejo del investigador.

I. Características Generales:

❖ Edad del adulto mayor:años

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil:

() Soltero(a)

() Separado(a)

() Conviviente

() Divorciado(a)

() Casado(a)

() Viudo(a)

Nivel de instrucción:

() Primaria completa

() secundaria incompleta

() Primaria Incompleta

() Superior completo

() Secundaria completa

() Superior Incompleto

Ocupación:

() Trabajador estable

() Sin Ocupación

() Eventual

() Jubilado

II. CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA

Califique la siguiente información en una escala del 1 – 4 siguiendo el siguiente esquema según la frecuencia con que experimenta el suceso mencionado.

Nunca: 1

A veces: 2

Frecuentemente: 3

Siempre: 4

N°	Dimensiones	Criterios			
	ALIMENTACIÓN	Nunca	A Veces	Frecuentemente	Siempre
1	Por lo menos me alimento 3 veces al día (desayuno comida y cena al día).				
2	A pesar de sentirme satisfecho, pido que me sirvan más comida				
3	Agrego más AZÚCAR de la que ya tienen mis alimentos o bebidas.				
4	Como alimentos chatarra durante el día (frituras, galletas o pan dulce).				
5	Consumo frutas y/o verduras al día.				
6	Consumo más de 3 porciones de carbohidratos al día (pan, tortilla, cereales, galletas, etc.).				
7	Consumo al menos 3 porciones de proteínas al día (huevo, carne de res, cerdo, pescado, pollo, etc.).				
8	Bebo al menos 5 vasos de agua simple al día (además del té, agua de frutas, refresco, café, jugo, etc.)				
9	Consumo más de 1 bebida con alto contenido de azúcar al día (chocolate, refrescos, jugos, etc.).				
10	Consumo alguna sustancia estimulante (café, refrescos de cola, bebidas energéticas o medicamentos con cafeína) para tener más energía.				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO				
11	Realiza Ud. ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.				
12	Ud. diariamente mantiene actividad física por medio de su trabajo (Agricultura, ganadería u otros).				
	MANEJO DEL ESTRÉS				

13	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.				
14	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.				
15	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.				
16	En caso de ser positiva la respuesta anterior usted realiza actividades de relajación.				
APOYO INTERPERSONAL					
17	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				
18	Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.				
19	Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.				
20	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				
21	Me satisface como compartimos en mi familia.				
AUTORREALIZACIÓN					
22	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.				
23	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
24	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.				
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
25	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica				

ANEXO N° 02

FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR

Peso (kg).....Talla (cm):.....Altura talón rodilla:.....

Perímetro braquial.....:Perímetro de pantorrilla:.....

I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	III PARÁMETROS DIETÉTICOS
<p>1. Índice de masa corporal 0 = IMC < 19 1 = IMC 19 < 21 2 = IMC 21 ≤ 23 3 = IMC > 23</p> <p>2. Perímetro braquial (cm) 0,0 = < 21 0,5 = 21 a < 22 1,0 = ≥ 22</p> <p>3. Perímetro de pantorrilla (cm) 0 = < 31 1 = > 31</p> <p>4. Pérdida reciente de peso (últimos 3 meses) 0 = > 3kg 1 = no sabe 2 = 1 a 3 kg 3 = no perdió peso</p>	<p>11. Número de comidas completas que consume al día (equivalente a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p> <p>12. Consume lácteos, carnes, huevos y legumbres Productos lácteos al menos una vez / día Sí No Huevos / legumbres dos a más v/semana Sí No Carne, pescado o aves diariamente Sí No Sí 0 o 1 califica = 0,0 Sí 2 califica = 0,5 Sí 3 califica = 1,0</p> <p>13. Consume frutas y verduras al menos dos veces por día 0 = No 1 = Sí</p> <p>14. ¿Ha comido menos: por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para deglutir o masticar en los últimos 3 meses? 0 = pérdida severa del apetito 1 = pérdida moderada del apetito 2 = sin pérdida del apetito</p>
II EVALUACION GLOBAL	IV VALORACION SUBJETIVA
<p>5. ¿Paciente vive independiente en su domicilio? 0 = No 1 = Sí</p> <p>6. ¿Toma más de tres medicamentos por día? 0 = Sí 1 = No</p> <p>7. ¿Presentó alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No</p> <p>8. Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale de su domicilio</p> <p>9. Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión severa 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos</p> <p>10. Úlceras o lesiones cutáneas 0 = Sí 1 = No</p>	<p>15. Consumo de agua u otros líquidos al día 0,0 = < de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos</p> <p>16. Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p> <p>17. El paciente considera que tiene problemas nutricionales 0 = malnutrición severa 1 = no sabe / malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición moderada</p> <p>18. En comparación con personas de su edad, ¿Cómo se encuentra su estado de salud? 0,0 = peor 1,0 = igual 0,5 = no lo sabe 2,0 = mejor</p> <p align="center">TOTAL 30 PUNTOS (MÁXIMO)</p> <p align="center">INTERPRETACIÓN: > = 24 puntos: bien nutrido 17 a 23,5 puntos: riesgo de desnutrición < 17 puntos: desnutrido</p>

Fuente: Guía técnica de valoración nutricional antropométrica para adultos mayores -ministerio salud del Perú 2013

ANEXO N°03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) señor(a)

Nuestros nombres son Jennifer Quispe Barazorda y Fiorela Quenaya Quispe, bachilleres en Enfermería de la Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cusco, nos encontramos realizando una investigación que lleva por título “Estilos de vida y estado nutricional en adultos mayores del distrito de Andahuaylillas, Cusco 2023” con el objetivo de determinar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional.

Toda información será confidencial y con fines académicos. De esta forma su participación será completamente voluntaria. Si tiene alguna pregunta no dude en hacérmela.

En caso de que usted acepte participar en la investigación, se le aplicara una encuesta con preguntas cerradas, la información que usted me brinde será usada únicamente para la investigación y se usara de forma confidencial.

Usted puede decidir si participar o no en la encuesta, así como solicitar que se termine en el momento en que usted lo considere conveniente.

Para aceptar la aplicación de la encuesta firme en la parte inferior de la hoja. Se agradece la participación.

Firma del participante

ANEXO N°04

Cusco, 05 diciembre del 2023.

SEÑOR:

**NICANOR ROCCA CCAQUESTO
ALCALDE DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS**

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DE
INSTRUMENTO DE PROYECTO DE TESIS EN EL DISTRITO DE
ANDAHUAYLILLAS**

Mediante la presente es grato dirigirme a Usted, somos las bachilleres en Enfermería de la Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cusco Jennifer Quispe Barazorda identificada con DNI: 70374878 y Fiorela Quenaya Quispe identificada con DNI: 70457941 el cual venimos desarrollando el Proyecto de Tesis "**ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLILLAS, CUSCO 2023**", el cual solicito a su persona la autorización correspondiente para realizar la aplicación de los instrumentos(encuestas) en las comunidades y en el centro de salud del distrito de Andahuaylillas para lo cual adjunto los instrumentos a utilizar.

Sin otro particular, envié mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



Anexo N° 05

MATRIZ DE PROCESAMIENTO

reprocesamiento.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

		VAR00001	EV	VAR00002	A1	VAR00003	Dim2	VAR00004	Dim3	VAR00006	Dim4	VAR00007	Dim5	VAR00008	Dim6	var	var
1	ca	58,00	No saludable	21,00	Regular	4,00	Regular	8,00	Inadecuado	16,00	Bueno	7,00	Regular	2,00	Bueno		
2	ca	47,00	No saludable	16,00	Malo	5,00	Siempre	5,00	Inadecuado	13,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
3	ca	38,00	No saludable	16,00	Malo	4,00	Regular	5,00	Inadecuado	8,00	Malo	3,00	Bajo	2,00	Bueno		
4	ca	41,00	No saludable	21,00	Regular	3,00	Nunca	6,00	Inadecuado	6,00	Malo	4,00	Bajo	1,00	Bueno		
5	ca	46,00	No saludable	23,00	Regular	3,00	Nunca	7,00	Inadecuado	9,00	Malo	3,00	Bajo	1,00	Bueno		
6	re	53,00	No saludable	19,00	Malo	4,00	Regular	9,00	Regular	10,00	Malo	7,00	Regular	4,00	Malo		
7	es	55,00	No saludable	18,00	Malo	4,00	Regular	9,00	Regular	14,00	Bueno	7,00	Regular	3,00	Regular		
8	es	58,00	No saludable	23,00	Regular	4,00	Regular	8,00	Inadecuado	14,00	Bueno	6,00	Bajo	3,00	Regular		
9	re	56,00	No saludable	18,00	Malo	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	14,00	Bueno	7,00	Regular	4,00	Malo		
10	ca	54,00	No saludable	21,00	Regular	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	12,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
11	ca	48,00	No saludable	20,00	Malo	3,00	Nunca	8,00	Inadecuado	10,00	Malo	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
12	ca	47,00	No saludable	20,00	Malo	3,00	Nunca	8,00	Inadecuado	9,00	Malo	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
13	ca	49,00	No saludable	20,00	Malo	3,00	Nunca	8,00	Inadecuado	10,00	Malo	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
14	ca	51,00	No saludable	20,00	Malo	3,00	Nunca	8,00	Inadecuado	12,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
15	ca	50,00	No saludable	18,00	Malo	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	11,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
16	ca	48,00	No saludable	17,00	Malo	4,00	Regular	8,00	Inadecuado	12,00	Regular	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
17	ca	48,00	No saludable	19,00	Malo	3,00	Nunca	8,00	Inadecuado	11,00	Regular	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
18	ca	54,00	No saludable	21,00	Regular	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	12,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
19	ca	52,00	No saludable	18,00	Malo	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	13,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
20	ca	52,00	No saludable	21,00	Regular	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	10,00	Malo	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
21	ca	48,00	No saludable	20,00	Malo	4,00	Regular	8,00	Inadecuado	8,00	Malo	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
22	ca	50,00	No saludable	22,00	Regular	3,00	Nunca	8,00	Inadecuado	9,00	Malo	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
23	ca	51,00	No saludable	22,00	Regular	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	8,00	Malo	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
24	ca	54,00	No saludable	20,00	Malo	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	13,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
25	es	63,00	Saludable	28,00	Bueno	5,00	Siempre	10,00	Regular	11,00	Regular	6,00	Bajo	3,00	Regular		
26	ca	56,00	No saludable	28,00	Bueno	4,00	Regular	8,00	Inadecuado	7,00	Malo	7,00	Regular	2,00	Bueno		
27	ca	57,00	No saludable	26,00	Bueno	4,00	Regular	9,00	Regular	11,00	Regular	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
28	ca	52,00	No saludable	24,00	Regular	3,00	Nunca	8,00	Inadecuado	11,00	Regular	4,00	Bajo	2,00	Bueno		
29	ca	54,00	No saludable	24,00	Regular	3,00	Nunca	9,00	Regular	11,00	Regular	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
30	ca	58,00	No saludable	24,00	Regular	5,00	Siempre	8,00	Inadecuado	13,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
31	ca	55,00	No saludable	24,00	Regular	3,00	Nunca	9,00	Regular	11,00	Regular	6,00	Bajo	2,00	Bueno		
32	es	41,00	No saludable	13,00	Malo	3,00	Nunca	6,00	Inadecuado	11,00	Regular	5,00	Bajo	3,00	Regular		
33	ca	55,00	No saludable	23,00	Regular	4,00	Regular	10,00	Regular	11,00	Regular	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
34	ca	60,00	No saludable	27,00	Bueno	4,00	Regular	10,00	Regular	12,00	Regular	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
35	ca	52,00	No saludable	20,00	Malo	3,00	Nunca	8,00	Inadecuado	14,00	Bueno	6,00	Bajo	1,00	Bueno		
36	ca	54,00	No saludable	20,00	Malo	3,00	Nunca	10,00	Regular	14,00	Bueno	5,00	Bajo	2,00	Bueno		
37	ca	53,00	No saludable	22,00	Regular	2,00	Nunca	8,00	Inadecuado	11,00	Bueno	6,00	Bajo	2,00	Bueno		

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	A	Númerico	5	0	Dimensión alimentación	{1, Nunca}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
2	EyA	Númerico	5	0	Ejercicio y Actividad	{1, Nunca}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
3	ME	Númerico	5	0	Manejo de Estrés	{1, Inadecua...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
4	AI	Númerico	5	0	Apoyo interpersonal	{1, Malo}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
5	Arelación	Númerico	5	0	Autorealización	{1, Baja}...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
6	RS	Númerico	5	0	Responsabilidad Social	{1, No efecti...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
7	FICHA	Númerico	5	0	Estado Nutricional del adulto mayor	{1, Desnutri...	Ninguno	16	Derecha	Ordinal	Entrada
8	S	Númerico	8	0	Sexo	{1, Femenin...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	EC	Númerico	8	0	Estado Civil	{1, Soltero}...	Ninguno	11	Derecha	Nominal	Entrada
10	NI	Númerico	8	0	Nivel de instrucción	{1, Primaria ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
11	O	Númerico	8	0	Ocupación	{1, Trabajo ...	Ninguno	13	Derecha	Nominal	Entrada
12	RSALUS	Númerico	5	0	Responsabilidad en salud	{1, Nunca}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
13	VAR00001	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
14	EV	Númerico	5	0	Estilos de vida	{1, No salud...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
15	VAR00002	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	13	Derecha	Escala	Entrada
16	A1	Númerico	5	0	Dim_Alimentación	{1, Malo}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
17	VAR00003	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
18	Dime2	Númerico	5	0	Actividad y ejercicio	{1, Nunca}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
19	VAR00004	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
20	Dime3	Númerico	5	0	Manejo de Estrés	{1, Inadecua...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
21	VAR00006	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
22	Dim4	Númerico	5	0	Apoyo interpersonal	{1, Malo}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
23	VAR00007	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
24	Dim5	Númerico	5	0	Autorealización	{1, Bajo}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
25	VAR00008	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
26	Dim6	Númerico	5	0	Responsabilidad en salud	{1, Bueno}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											

ANEXO N° 07

CORRELACIONES:

1. CORRELACION DE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Correlaciones				
			Estilos de Vida	Estado Nutricional del adulto mayor
Rho de Spearman	Estilos de Vida	Coefficiente de correlación	1.000	0.940
		Sig. (bilateral)		0.333
		N	106	106
Estado Nutricional del adulto mayor	Estado Nutricional del adulto mayor	Coefficiente de correlación	0.940	1.000
		Sig. (bilateral)	0.146	
		N	106	106

2. CORRELACION DE LA DIMENSION ALIMENTACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Correlaciones				
			Dimensión alimentación	Estado Nutricional del adulto mayor
Rho de Spearman	Dimensión alimentación	Coefficiente de correlación	1.000	0.796
		Sig. (bilateral)		0.418
		N	106	106
Estado Nutricional del adulto mayor	Estado Nutricional del adulto mayor	Coefficiente de correlación	0.796	1.000
		Sig. (bilateral)	0.418	
		N	106	106

3. CORRELACION DE LA DIMENSION EJERCICIO Y ACTIVIDAD CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Correlaciones				
			Ejercicio y Actividad	Estado Nutricional del adulto mayor
Rho de Spearman	Ejercicio y Actividad	Coeficiente de correlación	1.000	0.435
		Sig. (bilateral)		0.902
		N	106	106
	Estado Nutricional del adulto mayor	Coeficiente de correlación	0.435	1.000
		Sig. (bilateral)	0.902	
		N	106	106

4. CORRELACION DE LA DIMENSION MANEJO DEL ESTRÉS CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Correlaciones				
			Manejo de estrés	Estado Nutricional del adulto mayor
Rho de Spearman	Manejo de estrés	Coeficiente de correlación	1.000	0.672
		Sig. (bilateral)		0.233
		N	106	106
	Estado Nutricional del adulto mayor	Coeficiente de correlación	0.672	1.000
		Sig. (bilateral)	0.233	
		N	106	106

5. CORRELACION DE LA DIMENSION APOYO INTERPERSONAL CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Correlaciones				
			Apoyo interpersonal	Estado Nutricional del adulto mayor
Rho de Spearman	Apoyo interpersonal	Coefficiente de correlación	1.000	0.593
		Sig. (bilateral)		0.008
		N	106	106
	Estado Nutricional del adulto mayor	Coefficiente de correlación	0.593	1.000
		Sig. (bilateral)	0.008	
		N	106	106

*. La correlación es significativa en el nivel 0,03 (bilateral).

6. CORRELACION DE LA DIMENSION AUTORREALIZACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Correlaciones				
			Autorrealización	Estado Nutricional del adulto mayor
Rho de Spearman	Autorrealización	Coefficiente de correlación	1.000	0.161
		Sig. (bilateral)		0.098
		N	106	106
	Estado Nutricional del adulto mayor	Coefficiente de correlación	0.161	1.000
		Sig. (bilateral)	0.098	
		N	106	106

7. CORRELACION DE LA DIMENSION RESPONSABILIDAD EN SALUD CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Correlaciones				
			Responsabilidad en salud	Estado Nutricional del adulto mayor
Rho de Spearman	Responsabilidad en salud	Coefficiente de correlación	1.000	0,294
		Sig. (bilateral)		0.002
		N	106	106
	Estado Nutricional del adulto mayor	Coefficiente de correlación	0,294	1.000
		Sig. (bilateral)	0.002	
		N	106	106

ANEXO N°08

BAREMACION:

1. BAREMACION DE LA DIMENSION DE ALIMENTACION

Dimensión Alimentación	
Niveles	Intervalo
Buena	[31– 40]
Regular	[21 –30]
Mala	[10 – 20]

1. Cálculo del valor máximo ($V_{m\acute{a}x}$):

$$\text{Valor m\acute{a}ximo (Vm\acute{a}x)} = N \times E_{n>}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n>}$ = Mayor escala valorativa

$$V_{max}: 10 \times 4 = 40$$

2. Cálculo del valor mínimo ($V_{m\acute{i}n}$):

$$\text{Valor m\acute{i}nimo (Vm\acute{i}n)} = N \times E_{n<}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n<}$ = Menor escala valorativa

$$V_{min}: 10 \times 1 = 10$$

3. Cálculo del rango (R):

$$\text{Rango (R)} = V_{m\acute{a}x} - V_{m\acute{i}n}$$

Donde:

$V_{m\acute{a}x}$: Valor máximo

$V_{m\acute{i}n}$: Valor mínimo

Para nuestro ejemplo sería:

$$R = 40 - 10 = 30$$

4. Cálculo de la amplitud (K):

$$\text{Amplitud (K)} = \frac{R}{Q}$$

Donde:

R: Rango

Q: Número de niveles

$$K = 30 / 3 = 10$$

5. Para el primer nivel

$$\text{Límite inferior (L}_{i1}) = V_{\text{mín}}$$

$$\text{Límite superior (L}_{s1}) = V_{\text{mín}} + K$$

sería:

$$\text{Límite inferior (L}_{i1}) = 10$$

$$\text{Límite superior (L}_{s1}) = 10 + 10 = 20$$

A partir de ello el intervalo para el primer nivel sería:

Primer nivel (Bajo): **[10 – 20]**

6. Para el segundo nivel

$$\text{Límite inferior (L}_{i2}) = L_{s1} + I$$

$$\text{Límite superior (L}_{s2}) = L_{i2} + K$$

Sería:

$$\text{Límite inferior (L}_{i2}) = 20 + 1 = 21$$

$$\text{Límite superior (L}_{s2}) = 20 + 10 = 30$$

A partir de ello el intervalo para el segundo nivel sería:

Segundo nivel (Medio): **[21 – 30]**

7. Para el tercer nivel

$$\text{Límite inferior (L}_{i3}) = L_{s2} + I$$

$$\text{Límite superior (L}_{s3}) = V_{\text{máx}}$$

Sería:

$$\text{Límite inferior (L}_{i3}) = 30 + 1 = 31$$

$$\text{Límite superior (L}_{s3}) = 40$$

A partir de ello el intervalo para el tercer nivel sería:

Tercer nivel (Alto): **[31 – 40]**

2. BAREMACION DE LA DIMENSION ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Dimensión actividad y ejercicio	
Niveles	Intervalo
Siempre	[7- 8]
Regular	[5 -6]
Nunca	[2 - 4]

1. Cálculo del valor máximo ($V_{m\acute{a}x}$):

$$\text{Valor m\acute{a}ximo (}V_{m\acute{a}x}\text{)} = N \times E_{n>}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n>}$ = Mayor escala valorativa

$$V_{max}: 2 \times 4 = 8$$

2. Cálculo del valor mínimo ($V_{m\acute{i}n}$):

$$\text{Valor m\acute{i}nimo (}V_{m\acute{i}n}\text{)} = N \times E_{n<}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n<}$ = Menor escala valorativa

$$V_{min}: 2 \times 1 = 2$$

3. Cálculo del rango (R):

$$\text{Rango (}R\text{)} = V_{m\acute{a}x} - V_{m\acute{i}n}$$

Donde:

$V_{m\acute{a}x}$: Valor máximo

$V_{m\acute{i}n}$: Valor mínimo

Sería:

$$R = 8 - 2 = 6$$

4. Cálculo de la amplitud (K):

$$\text{Amplitud (}K\text{)} = \frac{R}{Q}$$

Donde:

R : Rango

Q : Número de niveles

$$K = 6 / 3 = 2$$

5. Para el primer nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i1}) = V_{\text{mín}}$$

$$\text{Límite superior } (L_{s1}) = V_{\text{mín}} + K$$

sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i1}) = 2$$

$$\text{Límite superior } (L_{s1}) = 3 + 1 = 4$$

A partir de ello el intervalo para el primer nivel sería:

Primer nivel (Bajo): **[2- 4]**

6. Para el segundo nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i2}) = L_{s1} + I$$

$$\text{Límite superior } (L_{s2}) = L_{i2} + K$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i2}) = 4 + 1 = 5$$

$$\text{Límite superior } (L_{s2}) = 5 + 1 = 6$$

A partir de ello el intervalo para el segundo nivel sería:

Segundo nivel (Medio): **[5 – 6]**

7. Para el tercer nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i3}) = L_{s2} + I$$

$$\text{Límite superior } (L_{s3}) = V_{\text{máx}}$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i3}) = 6 + 1 = 7$$

$$\text{Límite superior } (L_{s3}) = 8$$

A partir de ello el intervalo para el tercer nivel sería:

Tercer nivel (Alto): **[7 – 8]**

3. BAREMACION DE LA DIMENSION MANEJO DEL ESTRÉS

Dimensión manejo del estrés	
Niveles	Intervalo
Adecuado	[13– 16]
Regular	[9 –12]
Inadecuado	[4 – 8]

1.. Cálculo del valor máximo ($V_{m\acute{a}x}$):

$$\text{Valor m\acute{a}ximo (Vm\acute{a}x)} = N \times E_{n>}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n>}$ = Mayor escala valorativa

$$V_{max}: 4 \times 4 = 16$$

2. Cálculo del valor mínimo ($V_{m\acute{i}n}$):

$$\text{Valor m\acute{i}nimo (Vm\acute{i}n)} = N \times E_{n<}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n<}$ = Menor escala valorativa

$$V_{min}: 4 \times 1 = 4$$

3. Cálculo del rango (R):

$$\text{Rango (R)} = V_{m\acute{a}x} - V_{m\acute{i}n}$$

Donde:

$V_{m\acute{a}x}$: Valor máximo

$V_{m\acute{i}n}$: Valor mínimo

Para nuestro ejemplo sería:

$$R = 16 - 4 = 12$$

4.Cálculo de la amplitud (K):

$$\text{Amplitud (K)} = \frac{R}{Q}$$

Donde:

R : Rango

Q : Número de niveles

$$K = 12 / 3 = 4$$

5. Para el primer nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i1}) = V_{\text{mín}}$$

$$\text{Límite superior } (L_{s1}) = V_{\text{mín}} + K$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i1}) = 4$$

$$\text{Límite superior } (L_{s1}) = 4 + 4 = 8$$

A partir de ello el intervalo para el primer nivel sería:

Primer nivel (Bajo): **[4 – 8]**

6. Para el segundo nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i2}) = L_{s1} + I$$

$$\text{Límite superior } (L_{s2}) = L_{i2} + K$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i2}) = 8 + 1 = 9$$

$$\text{Límite superior } (L_{s2}) = 8 + 4 = 12$$

A partir de ello el intervalo para el segundo nivel sería:

Segundo nivel (Medio): **[9 – 12]**

7. Para el tercer nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i3}) = L_{s2} + I$$

$$\text{Límite superior } (L_{s3}) = V_{\text{máx}}$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i3}) = 12 + 1 = 13$$

$$\text{Límite superior } (L_{s3}) = 16$$

A partir de ello el intervalo para el tercer nivel sería:

Tercer nivel (Alto): **[13 – 16]**

4. BAREMACION DE LA DIMENSION APOYO INTERPERSONAL

Dimensión apoyo interpersonal	
Niveles	Intervalo
Bueno	[16– 20]
Regular	[11 –15]
Malo	[5 – 10]

1. Cálculo del valor máximo ($V_{m\acute{a}x}$):

$$\text{Valor m\acute{a}ximo (}V_{m\acute{a}x}\text{)} = N \times E_{n>}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n>}$ = Mayor escala valorativa

$$V_{max}: 5 \times 4 = 20$$

2. Cálculo del valor mínimo ($V_{m\acute{i}n}$):

$$\text{Valor m\acute{i}nimo (}V_{m\acute{i}n}\text{)} = N \times E_{n<}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n<}$ = Menor escala valorativa

$$V_{min}: 5 \times 1 = 5$$

3. Cálculo del rango (R):

$$\text{Rango (}R\text{)} = V_{m\acute{a}x} - V_{m\acute{i}n}$$

Donde:

$V_{m\acute{a}x}$: Valor máximo

$V_{m\acute{i}n}$: Valor mínimo

Para nuestro ejemplo sería:

$$R = 20 - 5 = 15$$

4. Cálculo de la amplitud (K):

$$\text{Amplitud (}K\text{)} = \frac{R}{Q}$$

Donde:

R : Rango

Q : Número de niveles

$$K = 15 / 3 = 5$$

5. Para el primer nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i1}) = V_{\text{mín}}$$

$$\text{Límite superior } (L_{s1}) = V_{\text{mín}} + K$$

sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i1}) =$$

$$\text{Límite superior } (L_{s1}) = 5 + 5 = 10$$

A partir de ello el intervalo para el primer nivel sería:

$$\text{Primer nivel (Bajo): } [5 - 10]$$

6. Para el segundo nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i2}) = L_{s1} + I$$

$$\text{Límite superior } (L_{s2}) = L_{i2} + K$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i2}) = 10 + 1 = 11$$

$$\text{Límite superior } (L_{s2}) = 10 + 5 = 15$$

A partir de ello el intervalo para el segundo nivel sería:

$$\text{Segundo nivel (Medio): } [11 - 15]$$

7. Para el tercer nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i3}) = L_{s2} + I$$

$$\text{Límite superior } (L_{s3}) = V_{\text{máx}}$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i3}) = 15 + 1 = 16$$

$$\text{Límite superior } (L_{s3}) = 20$$

A partir de ello el intervalo para el tercer nivel sería:

$$\text{Tercer nivel (Alto): } [16 - 20]$$

5. BAREMACION DE LA DIMENSION AUTORREALIZACION

Dimensión autorrealización	
Niveles	Intervalo
Alta	[10– 12]
Regular	[7 –9]
Baja	[3 – 6]

1. Cálculo del valor máximo ($V_{\text{máx}}$):

$$\text{Valor máximo } (V_{\text{máx}}) = N \times E_{n>}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n>}$ = Mayor escala valorativa

$$V_{\text{max}}: 3 \times 4 = 12$$

2. Cálculo del valor mínimo ($V_{\text{mín}}$):

$$\text{Valor mínimo } (V_{\text{mín}}) = N \times E_{n<}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n<}$ = Menor escala valorativa

$$V_{\text{min}}: 3 \times 1 = 3$$

3. Cálculo del rango (R):

$$\text{Rango } (R) = V_{\text{máx}} - V_{\text{mín}}$$

Donde:

$V_{\text{máx}}$: Valor máximo

$V_{\text{mín}}$: Valor mínimo

Para nuestro ejemplo sería:

$$R = 12 - 3 = 9$$

4. Cálculo de la amplitud (K):

$$\text{Amplitud } (K) = \frac{R}{Q}$$

Donde:

R : Rango

Q : Número de niveles

$$K = 9 / 3 = 3$$

5. Para el primer nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i1}) = V_{\text{mín}}$$

$$\text{Límite superior } (L_{s1}) = V_{\text{mín}} + K$$

sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i1}) = 3$$

$$\text{Límite superior } (L_{s1}) = 3 + 3 = 6$$

A partir de ello el intervalo para el primer nivel sería:

$$\text{Primer nivel (Bajo): } [3 - 6]$$

6. Para el segundo nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i2}) = L_{s1} + I$$

$$\text{Límite superior } (L_{s2}) = L_{i2} + K$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i2}) = 6 + 1 = 7$$

$$\text{Límite superior } (L_{s2}) = 7 + 3 = 10$$

A partir de ello el intervalo para el segundo nivel sería:

$$\text{Segundo nivel (Medio): } [7 - 10]$$

7. Para el tercer nivel

$$\text{Límite inferior } (L_{i3}) = L_{s2} + I$$

$$\text{Límite superior } (L_{s3}) = V_{\text{máx}}$$

Sería:

$$\text{Límite inferior } (L_{i3}) = 10 + 1 = 11$$

$$\text{Límite superior } (L_{s3}) = 12$$

A partir de ello el intervalo para el tercer nivel sería:

$$\text{Tercer nivel (Alto): } [11 - 12]$$

6. BAREMACION DE LA DIMENSION RESPONSABILIDAD EN SALUD

Dimensión responsabilidad en salud	
Niveles	Intervalo
Buena	[1]
Regular	[2 -3]
Mala	[4]

1. Cálculo del valor máximo ($V_{m\acute{a}x}$):

$$\text{Valor m\acute{a}ximo (}V_{m\acute{a}x}\text{)} = N \times E_{n>}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n>}$ = Mayor escala valorativa

$$V_{max}: 1 \times 4 = 4$$

2. Cálculo del valor mínimo ($V_{m\acute{i}n}$):

$$\text{Valor m\acute{i}nimo (}V_{m\acute{i}n}\text{)} = N \times E_{n<}$$

Donde:

N = Número de ítems o preguntas

$E_{n<}$ = Menor escala valorativa

$$V_{min}: 1 \times 1 = 1$$

3. Cálculo del rango (R):

$$\text{Rango (}R\text{)} = V_{m\acute{a}x} - V_{m\acute{i}n}$$

Donde:

$V_{m\acute{a}x}$: Valor máximo

$V_{m\acute{i}n}$: Valor mínimo

Para nuestro ejemplo sería:

$$R = 4 - 1 = 3$$

4. Cálculo de la amplitud (K):

$$\text{Amplitud (}K\text{)} = \frac{R}{Q}$$

Donde:

R : Rango

Q : Número de niveles

$$K = 3 / 3 = 1$$

5. Para el primer nivel

Límite inferior (L_{i1}) = $V_{mín}$

Límite superior (L_{s1}) = $V_{mín} + K$

sería:

Límite inferior (L_{i1}) = I

Límite superior (L_{s1}) = $I + I = 2$

A partir de ello el intervalo para el primer nivel sería:

Primer nivel (Bajo): **[1 – 2]**

6. Para el segundo nivel

Límite inferior (L_{i2}) = $L_{s1} + I$

Límite superior (L_{s2}) = $L_{i2} + K$

Sería:

Límite inferior (L_{i2}) = $I + I = 2$

Límite superior (L_{s2}) = $2 + I = 3$

A partir de ello el intervalo para el segundo nivel sería:

Segundo nivel (Medio): **[2– 3]**

7. Para el tercer nivel

Límite inferior (L_{i3}) = $L_{s2} + I$

Límite superior (L_{s3}) = $V_{máx}$

Sería:

Límite inferior (L_{i3}) = $3 + I = 4$

Límite superior (L_{s3}) = 4

A partir de ello el intervalo para el tercer nivel sería:

Tercer nivel (Alto): **[4]**