



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO
MAYOR BENEFICIARIO DEL PROGRAMA NACIONAL DE
ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 - ATUNCOLLA 2019.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. HANCCO QQUELCCA BRIGITH MAYTEE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2022



DEDICATORIA

*A Dios quien es guía, amigo, consejero,
por haberme permitido llegar hasta este
momento tan importante de mi formación
profesional y así lograr mis objetivos
trazados.*

*A mis padres, que con su gran esfuerzo,
sabiduría, amor y apoyo constante
permitieron mi formación profesional y
lograron que este gran sueño se haga
realidad.*

*A mis tíos por brindarme su apoyo
incondicional, confianza y estar
siempre presentes.*

*A mis hermanos por brindarme su apoyo,
cariño, y acompañamiento en este camino
de realización personal y profesional.*

Brigith Maytee



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme concedido la fortaleza para realizar este trabajo de investigación y alcanzar mi meta trazada.

A mi alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano, por ser una institución formadora y darme la oportunidad de forjarme como futura profesional.

A los docentes de la Facultad de Enfermería, quienes impartieron sus conocimientos y experiencias durante mi formación profesional.

Con mucho aprecio y profundo agradecimiento a los distinguidos miembros del jurado: Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña, Dra Denices Soledad Abarca Fernandez, M. Sc William Harold Mamani Zapana, por sus orientaciones y sugerencias durante el proceso de la investigación.

Con mucho cariño y agradecimiento a mi directora y asesora de tesis, M. Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo quien me supo orientar y asesorar con paciencia y mucha dedicación para la culminación del presente trabajo de investigación.

Con mucho aprecio y cariño a Dra. Silvia Dea Curaca Arroyo, por su apoyo incondicional y al Mg. Dimas Ccori Valdivia por su apoyo en la adecuación cultural del instrumento.

A los adultos mayores, por su participación en la investigación, siendo importante para la contribución del estudio.

Al personal administrativo por su orientación, apoyo y paciencia durante el proceso de la elaboración del estudio de investigación.

Brigith Maytee



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

ACRÓNIMOS

RESUMEN 9

ABSTRACT..... 10

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 14

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL 15

2.1.1. ESTILO DE VIDA 15

2.1.2 TIPOS DE ESTILO DE VIDA 31

2.1.3. ESTADO NUTRICIONAL..... 32

2.1.4. ADULTO MAYOR 35

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 35

2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 39

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 40

3.2 LUGAR DE ESTUDIO..... 40



3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.4 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	42
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	50
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 RESULTADOS.....	52
4.2 DISCUSIÓN.....	55
V. CONCLUSIONES	62
VI. RECOMENDACIONES	63
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	74

Área : Salud del Adulto.

Tema : Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 04 de febrero de 2022.



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Relación entre el estilo de vida según modelo Nola Pender y el estado nutricional en adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019.	84
Figura 2.	Estilo de vida del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – Atuncolla 2019.....	85
Figura 3.	Estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla, a través del Índice de Masa Corporal (imc).	85



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación entre el estilo de vida según modelo Nola Pender y el estado nutricional en adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019.....	52
Tabla 2.	Estilo de vida del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019, según las dimensiones.	53
Tabla 3.	Estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla, según Índice de Masa Corporal (imc).....	54



ACRÓNIMOS

- OMS** : Organización Mundial de la Salud.
- MINSA** : Ministerio Nacional de Salud.
- OPS** : Organización Panamericana de la Salud.
- INEI** : Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- IMC** : Índice de Masa Corporal.
- MPS** : Modelo de Promoción de Salud



RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor; el estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, con diseño correlacional, en una muestra de 94 adultos mayores de 65 años a más, obtenidos de una población de 254 personas, por muestreo probabilístico. En la recolección de datos, para el estilo de vida se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento el cuestionario de la escala de estilo de vida de Walker, Sechrist y Pender, el instrumento tuvo una validez interna de $r > 0.20$ y confiabilidad alfa de Crombach de 0.794; para el estado nutricional, la técnica fue la observación y el instrumento una ficha de evaluación nutricional; el procesamiento de la información se hizo a través del paquete estadístico SPSS V.22. Para la comprobación de la hipótesis se aplicó el diseño estadístico Chi – cuadrada de Pearson. Los resultados muestran: que el 53.19% se encuentra con un estilo de vida saludable y el 46.81% tiene un estilo de vida no saludable, respecto al estado nutricional del adulto mayor el 48.94% tiene delgadez, el 32.98% un estado nutricional normal, el 15.96% presenta sobre peso y el 2.13% obesidad. Se concluyó, que no existe relación estadística ($p=0.410$) entre el estilo de vida según el modelo de Nola Pender y el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla.

Palabras Clave: Adulto mayor, estilo de vida, estado nutricional.



ABSTRACT

The research aimed to determine the relationship between lifestyle and nutritional status of the elderly; The study was descriptive, cross-sectional, with a correlational design, in a sample of 94 adults over 65 years of age, obtained from a population of 254 people, by probabilistic sampling. In data collection, the survey technique was used for lifestyle and the Walker, Sechrist and Pender lifestyle scale questionnaire as an instrument, the instrument had an internal validity of $r > 0.20$ and alpha reliability of Crombach of 0.794; for nutritional status, the technique was observation and the instrument was a nutritional assessment sheet; the information processing was done through the statistical package SPSS V.22. To test the hypothesis, Pearson's Chi-square statistical design was applied. The results show: that 53.19% have a healthy lifestyle and 46.81% have an unhealthy lifestyle, regarding the nutritional status of the elderly, 48.94% are thin, 32.98% have a normal nutritional status, the 15.96% are overweight and 2.13% are obese. It was concluded that there is no statistical relationship ($p=0.410$) between the lifestyle according to the Nola Pender model and the nutritional status of the elderly beneficiary of the National Solidarity Assistance Program Pension 65 - Atuncolla.

Keywords: older adult, Lifestyle, nutritional condition.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época, donde se debe tomar en cuenta el estado nutricional que se ve afectado por los malos hábitos mantenidos durante toda su vida que provocan un problema de salud (1).

Las personas de 60 años y más se consideran altamente vulnerables, ya que presentan mayores riesgos de enfermar o morir por enfermedades crónicas no transmisibles, que son afecciones de larga duración y de progresión lenta; la prevalencia de este tipo de enfermedades afecta el proceso de envejecimiento de una persona y se debe en gran medida a factores de riesgo: consumo de tabaco, uso nocivo del alcohol, inactividad física, y consumo de alimentos inadecuados (2). Estos son comportamientos, hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su estilo de vida (3). Es frecuente que la población de adultos mayores presente trastornos nutricionales, estos incluyen al sobrepeso, en parte por la falta de actividad, con sus conocidas consecuencias en la presentación de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, déficits de micronutrientes y anemia (4). Los hábitos alimentarios deficientes repercuten negativamente en el estado nutricional (5).

Estudios a nivel internacional como Ecuador revelan que el 54.1% de adultos mayores tiene un estilo de vida no saludable y el 36.10% se encuentra con sobrepeso (6). Otro estudio también en Ecuador señala que el 50.4% tiene un estilo de vida no saludable y el 43.8% se encuentra con sobrepeso (1). En Arequipa encontraron que el 70% de adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y al 62.5% se le diagnosticó sobrepeso (7). En Huánuco se evidenció que el 71.5% de los adultos mayores tienen un



estilo de vida no saludable y el 43.6% presenta desnutrición (8). Por otra parte, en Cajamarca demostraron que el 94% posee un estilo de vida no saludable y el 26.7% tiene sobrepeso (9). En Lima el 62.50% de adultos mayores muestra un estilo de vida no saludable y un 38.75% presenta sobrepeso (10).

Según el informe realizado por la defensoría del pueblo, sobre la situación de adultos mayores en la zona rural, demostraron que el 80.34% de adultas mayores y 71.08% de adultos mayores presenta una enfermedad crónica, que son aquellas de larga duración y por lo general de progresión lenta (enfermedades cardíacas, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes). Los resultados demuestran que el 12.19% de adultos mayores y el 13.74% de adultas mayores sufrió algún malestar, síntoma, recaída de enfermedad crónica o accidente y no acudió a una consulta médica por diversos motivos; carencia de dinero, encontrarse lejos del centro de salud, demoras excesivas en la atención, desconfianza en los médicos, falta de seguro, falta de tiempo, maltrato del personal de salud. Otro de los problemas identificados es la desnutrición, especialmente de aquellos que viven solos, quienes pueden tener dificultades para la preparación de sus alimentos, se identificó una mala situación de la salud bucal y obesidad (11).

Según el modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola Pender, es posible valorar el estilo de vida del adulto mayor, que resulta útil para las enfermeras en la asistencia tanto como en la educación al paciente; este modelo incluye características y experiencias individuales anteriores de las personas, abarcando el concepto de conducta la que puede tener efectos directos e indirectos en las conductas de promoción de la salud dando resultados positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva, o negativos. Este modelo considera como parte del estilo de vida a la alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud (12).



Investigaciones en nuestro medio señalan que en Paucarcolla, el 80% de adultos mayores tienen estilo de vida no saludable debido a la falta de actividad física, ya que los adultos mayores mujeres solo se dedican al cuidado de su hogar, (cuidado de sus nietos y la mayoría lleva una vida sedentaria), el 32.72% presenta delgadez; por otro lado, en Coata el 63.03% de adultos mayores llevan un estilo de vida no saludable y el 30.03% presenta delgadez (3,13). Son antecedentes que dan cuenta de la existencia del problema y la necesidad de su estudio.

Ante esta problemática es importante analizar el factor alimentario, que juega un papel principal en la presencia de problemas nutricionales como producto de estilos de vida no saludables y que el adulto mayor se encuentre en una etapa vulnerable. En esta etapa es fundamental llevar un estilo de vida saludable con lo que garantizarían un envejecimiento sano, que les permita calidad de vida adecuada.

Esta investigación surge porque en la actualidad el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor se ve afectada por diversos factores y representan uno de los eventos más trascendentales en el mundo y en nuestra región, es así que durante las prácticas preprofesionales en el distrito, los adultos mayores refirieron que; no se alimentaban bien debido al desconocimiento de una dieta balanceada, dificultad para la preparación de alimentos; algunos solo consumían productos de la zona que cultivaban para su consumo, vivían solos y tristes debido al abandono familiar, manifestaban limitaciones económicas ya que se auto sostenían con la práctica de la agricultura y ganadería; algunos adultos mayores se observaban débiles, manifestaban tener “poca fuerza” y requerían apoyo para satisfacer sus necesidades básicas o para realizar sus actividades cotidianas; algunos no estaban contentos de vivir en el campo. Todo esto los hacen vulnerables y predispone a estar propensos a padecer enfermedades, siendo un factor determinante el estilo de vida.



Ante la problemática planteada, la investigación responde a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019?

1.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

- Determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019.

Objetivos específicos

- Identificar el estilo de vida del adulto mayor según modelo Nola Pender, en las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud.
- Evaluar el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla, a través del índice de masa corporal (IMC).



CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1.1 ESTILO DE VIDA

La OMS define “estilo de vida” como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (14). Por otro lado, Pender indica que el estilo de vida, es la percepción y acción autoemprendida por el individuo enmarcado dentro de un patrón multidimensional que sirven para mantener o aumentar el nivel de bienestar (12,15).

La investigación; se sustenta en el modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola Pender, el cual permite valorar el estilo de vida que resulta útil para las enfermeras, en la asistencia tanto en el apoyo como en la educación al paciente. Pender se interesó en la creación de un modelo que diera respuestas a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (12).

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en un diagrama (anexo 08) el cual se divide en 3 componentes:

- Características y experiencias individuales:
 - a) Conducta previa relacionada.



Se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

b) Los factores personales.

Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

- Conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta:

a) Beneficios percibidos por la acción.

Son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.

b) Barreras percibidas para la acción.

Alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción.

c) Autoeficacia percibida.

Es la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

d) Efecto relacionado con el comportamiento.



Son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.

e) Influencias personales.

Se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos.

f) Influencias situacionales en el entorno

Pueden aumentar o disminuir el compromiso o participación en la conducta promotora de salud.

- Resultado final deseado.

Es decir, para la conducta promotora de la salud, en este compromiso pueden influir las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control por que existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo (16).

Pender menciona características y experiencias individuales de las personas abarcando el concepto de conducta, hace referencia a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. Así mismo, considera las siguientes dimensiones de estilo de vida: Alimentación, actividad y ejercicio,



manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud (12).

2.1.1.1 Dimensiones del estilo de vida

a) Alimentación:

La alimentación es un proceso voluntario, digestivo y por tanto educable a través del cual introducimos los alimentos que contienen diferentes nutrientes. El elevado consumo de alimentos ricos en colesterol, grasa saturada, (grasa generalmente solida a temperatura ambiente como manteca, margarina y grasa de carnes), así como el exceso de sal en la dieta, se ha relacionado con los malos hábitos alimentarios (17). Requerimientos nutricionales para adultos mayores: Su valor dependerá de cada sujeto, edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica, actividad física, etc.

- **Energía:**

Es proporcionada fundamentalmente por hidratos de carbono y grasas, necesario para efectuar las funciones vitales del cuerpo (bombeo del corazón, respiración, etc.) y realizar actividad física. A partir de los 65 años el nivel de azúcar en sangre es con frecuencia más elevado de lo normal, por lo que se debe consumir menos dulces, en cambio los cereales (pan, arroz, pasta), tubérculos y legumbres, deben seguir presentes en cada una de las comidas del día. A esa edad no hay que abusar de alimentos grasos de origen animal (mayonesa, crema, mantequilla, quesos curados, carnes grasas y embutidos) ya que se relacionan con niveles altos de colesterol que aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares (18).

En una persona adulta mayor sana el requerimiento promedio de energía es de 2000 a 2400 kilocalorías aproximadamente (19).



- Proteínas:

Colaboran en el transporte de grasas y oxígeno, forman parte de determinadas hormonas, enzimas (sustancias que hacen posibles múltiples reacciones necesarias para nuestro cuerpo) y de las inmunoglobulinas o anticuerpos responsables de la defensa del organismo, intervienen en la formación de tejidos corporales, son las encargadas de producir la regeneración del cabello y uñas (18). Su deficiencia (por problemas de masticación, restricción de la ingesta de productos de origen animal para controlar la ingesta de grasa y colesterol o en personas con una situación económica precaria) puede dar lugar a una mayor pérdida de masa muscular, alteraciones en la función inmune y a una mala cicatrización de las heridas, las proteínas deben aportar entre el 10 y el 15% del consumo energético, lo que significa alrededor de 1 gr./Kg. día en adultos mayores sanos (20).

- Grasas:

Son fuente de energía, regulan la temperatura corporal, envuelve y protege órganos vitales como el corazón y los riñones, transportan las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) facilitando así su absorción, resultan imprescindible para la formación de determinadas hormonas y suministran ácidos grasos esenciales (linoleico y linolénico) que el organismo no puede sintetizar y que ha de obtener necesariamente de la alimentación diaria (18). La ingesta es fundamental como fuentes de energía, aporte de ácidos grasos esenciales y de vitaminas liposolubles. Un gramo de lípidos aporta 9 kilocalorías y las recomendaciones de ingesta de colesterol ha de ser menor a 200 mg/día (21).



- Hidratos de Carbono: se distribuye del siguiente modo: (21)
 - Hidratos de carbono simples o refinados; conocidos como azúcares, deben suponer menos del 10 a 12%. Son de absorción rápida y elevan la glucemia de forma rápida, tienen un alto valor calórico 400 a 500 kcal/100g y no aportan otros nutrientes. (helados, golosinas, jarabes, bebidas azucaradas, néctares, pan blanco y todos los que contengan harina blanca).
 - Hidratos de carbono complejos; conocidos como almidones, deberían suponer el 85 a 90%. Son de absorción lenta y por tanto elevan la glucemia de forma gradual y menos intensa (almidones, cereales, pastas integrales, así como legumbres, arroz integral, etc.).
- Vitaminas:

Se necesitan en pequeñas cantidades, no aportan energía, pero sin ellas el organismo es incapaz de aprovechar los elementos constructivos y energéticos suministrados por la alimentación. Algunas vitaminas se sintetizan en pequeñas cantidades en nuestro cuerpo: la vitamina D (se puede formar en la piel con la exposición al sol) y las vitaminas K, B1, B12 y ácido fólico se forman en pequeñas cantidades en la flora intestinal. Sin embargo, diversos estudios no han demostrado exigencias específicas para las personas de edad avanzada, pero han mostrado deficiencias clínicas de vitaminas A, B1, B6, B12, C y D. Por otra parte, una alimentación sana y equilibrada permite cubrir las necesidades vitamínicas del organismo, por lo que los suplementos deben usarse con precaución pues incluso pueden provocar reacciones adversas (18).
- Minerales:



- Calcio: La absorción se reduce con la edad y su eliminación aumenta con las dietas hiperproteicas, los requerimientos diarios en adultos mayores se cifran en 1.200 mg en el hombre y 1.300 mg en la mujer, pues es esencial para prevenir la osteoporosis, especialmente en mujeres. No se deben sobrepasar los 2.500 mg diarios por el riesgo de cálculos renales (22).

- Fósforo: La ingesta diaria recomendada en los mayores se cifra en unos 1.000 a 1.500 mg., debe existir un equilibrio entre la ingesta de calcio y fósforo, que debe ser igual a 1.000 mg. Así también es esencial para el metabolismo óseo. Su déficit es raro, ya que está presente en gran cantidad de alimentos como leche, queso, hígado, carne de buey y conejo, pescados, huevo, legumbres, arroz, pasta y frutos secos. Una ingestión excesiva de suplementos de calcio podría inhibir la absorción de fósforo (21).

- Hierro: El requerimiento en adultos mayores es menor al de los adultos porque aumentan los depósitos de este y ya no existe la pérdida menstrual de las mujeres. Sin embargo, en algunos se produce a veces un déficit de hierro debido al aporte insuficiente en la dieta o por pérdidas hemáticas que acontecen en determinadas situaciones, como; el sangrado intestinal, la hernia de hiato, etc. Los alimentos con alto contenido en hierro son; hígado, carne, yema de huevo y lentejas. Los requerimientos aproximadamente son de 13.7mg/día para varones y 11.3mg/día para mujeres (17).

- Zinc: Los requerimientos diarios en adultos mayores sanos son de unos 15 mg, que se cubren con la alimentación, por lo que no es



frecuente su disminución. Cuando ocurre un déficit se produce un retraso en el proceso de cicatrización de las heridas, pérdida del sentido del olfato y gusto con inapetencia, diarrea. Alimentos ricos en zinc; carnes rojas, hígado, mariscos, gelatina, pan, cereales, legumbres y arroz. La ingesta excesiva puede producir molestias gástricas, náuseas y vómitos e interferir en el metabolismo del hierro y el cobre (22).

- Selenio: ejerce un efecto antioxidante junto con las vitaminas A y E. La ingesta diaria se cifra en 55 a 75 mg. Su déficit se relaciona con enfermedades coronarias, inmunodeficiencias y algunas neoplasias. Los alimentos ricos en selenio son; las vísceras, mariscos, carnes, aves, yema de huevo, pasta y los cereales integrales (21).

- Fibra:

Ayuda a los movimientos intestinales y su carencia puede ser causa de constipación o estreñimiento, esta condición se agrava por falta de ejercicio y de ingesta de líquidos, 20 a 30g diarios de fibra por día son suficientes para prevenir este problema (18).

- Agua:

Una de sus funciones es la regulación de la temperatura, se compromete en un individuo con deshidratación debido a que el agua actúa como amortiguador térmico. El mecanismo de la sed está alterado en adultos mayores por lo que la ingesta de agua es habitualmente menor. El requerimiento mínimo diario no debe ser inferior a 1.500cc. distribuido en alimentos y agua en distintas combinaciones, a menos que este contraindicado en cuadros renales o cardíacos (18).



Recomendaciones nutricionales para una alimentación saludable: (23)

La recomendación nutricional para la población debe ir orientadas a lograr una dieta ordenada y equilibrada, acorde con sus requerimientos nutritivos y a generar practicas más adecuadas de alimentación, la comida más importante es el desayuno, pues es la primera alimentación después de un ayuno prolongado, es aconsejable restringir la ingesta de jugos azucarados, bebidas gaseosas y en lo posible cambiarlos por jugo de fruta natural.

Desayuno: Uno bueno se define como una equilibrada combinación de lácteos, pan, cereales y frutas variadas que combinadas representan el 30% de los nutrientes que necesitas diariamente el organismo para funcionar correctamente durante el día. Así mismo, un desayuno completo está ligado a un mejor rendimiento físico y psíquico. También está comprobado que desayunar poco y mal, hace disminuir las funciones del cerebro; las consecuencias directas a la falta de glucosa, son: poca concentración, poca memoria y una fácil irritabilidad. El desayuno debe incluir básicamente tres grupos de alimentos:

1.- Cereales corresponden al pan y galletas. El pan, sobre todo integral, es un alimento ideal y casi imprescindible por su alto contenido de hidratos de absorción lenta, fibra, sales minerales y vitamina B. Una opción es añadirle un poco de aceite de oliva, que mejora la calidad.

2.- Los productos lácteos aportan fundamentalmente proteínas y aseguran la cantidad diaria necesaria de calcio, en este grupo se considera la leche, yogur, queso, que contiene vitamina A, D y vitaminas del complejo B. En caso de obesidad pueden tomarse desnatados con los que el aporte de grasa es mucho menor.



3.- Fruta es rica en hidratos de carbono de adsorción rápida, agua, minerales, fibra. Además, proporciona a nuestro organismo la dosis diaria de vitaminas que necesita y en especial vitamina C en forma de zumos, las naranjas deben ser recién exprimidos para que no pierdan todas sus propiedades, esto al comenzar el día, así mismo el aporte de vitamina C ayuda a regular nuestro intestino y refuerza las defensas de nuestro organismo. También es importante saber que la fruta entera proporciona una cantidad de fibras que no aporta el zumo.

Almuerzo: es de vital importancia que el desayuno tenga un alto nivel de nutrientes y sea equilibrado, ya que su ausencia puede ser perjudicial para el almuerzo pues un consumo de nutrientes exagerado en el almuerzo puede provocar a la larga, sobrepeso. Es necesario que el almuerzo contenga nutrientes que aporten los diferentes grupos de alimentos, frutas, verduras, cereales, carnes, lácteos, proteínas, etc., de una forma equilibrada (23). Otro alimento esencial de fácil acceso y natural con el cual contamos en nuestra región es el pescado y sus diversas preparaciones, ya que las proteínas de estas, contienen todos los aminoácidos esenciales, por ello tiene un valor nutritivo muy alto; el pescado es un alimento de carne suave, de fácil digestión que contiene Omega-3 y vitamina B, que ayudan a mantener el funcionamiento del sistema nervioso y muscular, en la etapa del adulto mayor se debe consumir una dieta balanceada y equilibrada, puesto que se tiende a perder masa muscular, por ello que se recomienda consumir proteínas (24).

Cena: El tipo y la cantidad de alimentos que se consumen, influyen en la digestión y la capacidad de conciliar el sueño. Por lo tanto, lo más adecuado es no ingerir alimentos o líquidos durante las dos horas antes de acostarse. La cena se puede “utilizar” para compensar excesos y conseguir el equilibrio (23).



b) Actividad y ejercicio:

Es cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal (17). De esta manera ayuda a prevenir enfermedades y mantener un estado de salud adecuado (25). Es universalmente conocido que el ejercicio físico sistemático promueve la salud y contribuye decisivamente a la longevidad del hombre, es así que investigaciones realizadas en diversos centros especializados demuestran que el tiempo que se dedica a mejorar la capacidad física constituye un tiempo bien empleado (26). Además, la importancia de la actividad física; es fortificar los músculos, huesos, reduce significativamente el estrés, la ansiedad y la tristeza así mismo también el colesterol y el azúcar en la sangre, consiente una sensación de bienestar y ayuda a conservar el buen estado de ánimo, es importante resaltar que la actividad física se debe realizar acorde a cada persona, según su edad, grado de resistencia, problemas de salud, etc. (27).

La OMS plantea que los adultos mayores de 60 años a más, deberían realizar 150 minutos semanales de actividades físicas moderadas principalmente ejercicios como el aeróbico o bien algún tipo de actividad física vigorosa, la actividad se practicará en sesiones de 10 minutos como mínimo (28). Beneficios generales de la actividad física: (27)

- Mantiene el buen estado de las articulaciones.
- Mejora la elasticidad, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.
- Aumenta la capacidad respiratoria.
- Mantiene en buen estado nutricional.
- Aumenta la oxigenación de los tejidos.
- Favorece la función cardíaca y circulatoria.



- Ayuda a combatir la obesidad, diabetes, hipercolesterolemia.
- Estimula el metabolismo.
- Estimula el sistema nervioso.
- Favorece la comunicación y la socialización.
- Fomenta la autoestima.
- Nos hace más resistentes a las enfermedades.

c) Manejo del estrés:

Es la forma de controlar las emociones negativas que constituyen un riesgo para la salud. Estas influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos el más conocido es el síndrome general de adaptación (SGA), también denominado estrés (29). Se refiere a las acciones que realiza un adulto mayor para mantener bajo control la tensión que surge en una situación difícil, el estrés es un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas en cualquier edad; sin embargo, en la tercera edad es importante la prevención y el control ya que puede afectar de manera negativa la salud de los ancianos (30).

El manejo del estrés considera el cuidado de uno mismo, llevar una correcta alimentación equilibrada y variada, es la base de un funcionamiento diario positivo, el control de peso, la tensión arterial y otros parámetros biológicos como los lípidos y el colesterol depende en gran medida de lo que comemos, dormir y descansar, lo necesario se convierte en la principal función reparadora; el cuerpo necesita parar para reparar, para disponer de todos sus recursos. Practicar la relajación y otras actividades gratificantes como hobbies, deportes, y evitar el sedentarismo, se relacionan con una menor incidencia de estrés, esto favorece el estilo de vida saludable (31).



El manejo y reducción de las tensiones es una pieza clave para mantener un óptimo estado de salud (12). Thomae cita a Pfeiffer, quien resalta que en el adulto mayor se evidencia altos niveles de estrés, causados por la jubilación, pérdida de las funciones físicas, enfermedad, dependencia, aislamiento familiar, de este modo se reduce la vida social y al mismo tiempo disminuyen sus capacidades tanto motoras como mentales. Es así que el estrés en adultos mayores puede deteriorar la salud debido a que al enfrentar una situación que genere tensión el organismo produce mayor cantidad de la hormona cortisol u hormona del estrés, por lo que se presenta una reducción anormal en los telómeros lo cual genera deterioro de la memoria, envejecimiento prematuro e incluso la muerte, por ello se sugiere afrontar el estrés como reto y no como amenaza (32).

Las estrategias para el manejo del estrés del adulto mayor consideran: Realizar actividades de entretenimiento (campeonatos de juegos de mesa, manualidades, leer, armar rompecabezas, taichi, yoga, caminatas grupales, cuidar una mascota) puede aliviar el estrés, actividad física de acuerdo a su condición, sentirse acompañado, apoyado por la gente, escucharlos les ayuda a sentir su importancia y valía, así también realizar musicoterapia contiene beneficios para las personas desde el vientre hasta la adultez, la música evoca recuerdos placenteros que disminuyen el dolor tanto físico como emocional, disfrutar cada día (33).

- Musicoterapia: En el caso de los adultos mayores se usan con diferentes objetivos, los tratamientos con la música se enfocan en estimulación sensorial, orientación a la realidad, re-motivación y reminiscencia, usado con el fin de estimular el pensamiento y la interacción verbal entre los miembros del grupo; la reminiscencia puede ser utilizada con el fin de



incrementar socialización, desarrollar relaciones personales y fortalecer la autoestima (34). El taichí, los juegos de mesa, el yoga; son una actividad física de mente y cuerpo así también es lenta y suave, con él se trabaja todos los músculos del cuerpo, factores como la fuerza, flexibilidad y el equilibrio; es efectivo en la mejora de la condición física, disminuye enfermedades crónico degenerativas y retrasa el envejecimiento (35).

d) Apoyo interpersonal:

Es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser predominantemente social, para lo cual él requiere el apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir en el camino de la vida, junto a otros individuos de su entorno. La percepción de compañía y la disponibilidad de una relación de amistad estrecha son el mejor predictor de felicidad en la adultez. Las necesidades afectivas han de satisfacerse desde el comienzo de la vida, si no se cubren, pueden a ver consecuencias negativas para la persona (36). Las relaciones interpersonales facilitan actitudes positivas ante la vida en el trabajo, permite el desarrollo de habilidades sociales, estimula la empatía, favorece actitudes y valores para afrontar conflictos, fracasos, frustraciones y en definitiva ayuda a generar climas de bienestar social y mantener estilo de vida saludable (37). Hombres y mujeres se benefician por igual al participar en actividades sociales, aquellos que continúan interactuando con otros tienden a ser más saludables, tanto física como mentalmente que aquellos que se mantienen aislados socialmente, la interacción con amigos y familia provee apoyo práctico y emocional al adulto mayor el cual les permite permanecer en el ambiente comunitario y reducir la necesidad de usar los servicios de salud (38).



La comunicación está guiada por los sentimientos y por la información que transmitimos y comprendemos, nos sirve para establecer contacto con las personas, para dar o recibir información, para transmitir o expresar nuestros sentimientos, tal es así que si potenciamos la comunicación en una familia se potenciara el compañerismo y complicidad; fomentar el respeto mutuo y cumplir con lo pactado; si se promete algo a un adulto mayor hay que cumplirlo, la soledad hace que las personas mayores lleven muy mal las promesas, visitas o expectativas que luego no se lleven a cabo (39).

e) Autorrealización:

Es el logro efectivo de las aspiraciones u objetivos vitales de una persona por sí misma, tiene como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como adulto mayor, una persona autorrealizada se preocupa de su buena alimentación, seleccionando alimentos nutritivos, por lo tanto, mantendrá un buen estado nutricional y un buen estado personal alcanzando la superación y la autorrealización (40). Tienen que ver con el aspecto social y cultural del individuo, se relacionan con las necesidades de autoestima (de éxito, conocimiento, autoimagen, recreación y pertenecer a un grupo). Para satisfacer las necesidades durante su ciclo vital, el individuo debe adaptarse a sus continuos cambios internos (fisiológicos) al medio que lo rodea (naturaleza y sociales) (3).

En el año 1991 la Organización de las Naciones Unidas estableció a la autorrealización como un principio a aplicar para avanzar en la promoción del estilo de vida, indicando que “las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial”. Además “deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales, y recreativos de la



sociedad” (41). La actuación básica de enfermería en el mantenimiento de independencia del adulto mayor debe considerar: (42)

- Gustos y aficiones del adulto mayor.
- Realizar educación sanitaria referente a las diferentes formas de participación social.
- Elaborar un programa de actividades que ocupe el tiempo libre.

Para ello se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Pertenecer a un grupo de asociaciones según sus preferencias o aficiones.
- Realizar actividades útiles que le reporten satisfacción personal como jardinería, manualidades, etc.
- Mantener sus aficiones y ayudar a fomentar sus hobbies.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puede presentarse en el adulto mayor para su autorrealización, estas pueden ser dadas por desinterés asociado a falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento y situaciones de pérdida, problemas de desorientación, demencias, enfermedad, problemas sensoriales, traumatismos, estrés, etc.

f) Responsabilidad en salud:

La responsabilidad es la clave del éxito del estilo de vida, implica reconocer que el adulto mayor, sólo él, controla su vida; el único que puede tomar decisiones sobre su estilo de vida y de él depende si fomenta o no su propia salud. A medida que acepta que el estilo de vida tiene efectos determinantes sobre la salud se evitarán conductas de alto riesgo como tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas y fármacos, sobrealimentación, y otras conductas no saludables. Los adultos mayores también pueden responsabilizarse en adquirir



hábitos que influyan de manera positiva en la salud, ejercitarse con regularidad, ingerir una dieta equilibrada, adquirir información y participar en actividades educativas sobre salud (37). La responsabilidad en salud incluye los siguientes aspectos: (24)

- Control periódico de la salud del adulto mayor.
- Asistencia a los servicios de salud cuando se siente mal.
- Cumplimiento del tratamiento farmacológico, evitando la automedicación.
- Cumplimiento de recomendaciones sobre el cuidado de su salud.
- Participación en actividades físicas, recreativas y sociales.
- Evitar el consumo de sustancias nocivas.

2.1.2 TIPOS DE ESTILO DE VIDA

a) Estilo de vida saludable:

Son los procesos sociales, tradicionales, hábitos, conductas, comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Además, Nutbeam por encargo de la OMS determina que el estilo de vida saludable se utiliza para designar la manera general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida, conductas determinadas por factores socioculturales y características personales (3). Por otro lado, Pender refiere que el estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de su vida y que se proyecta en la salud (43). Es recomendable tener un buen estilo de vida que ayude a mantener buena salud evitando contraer enfermedades (44). Así también la carta de Ottawa refiere que la promoción de la salud considera a estilos de vida como componentes para promover la salud (45). Asimismo, se define como hábitos de cada persona que dan bienestar o alteran la salud y que son dependientes del comportamiento de cada individuo (46).



b) Estilo de vida no saludable:

Son aquellas conductas de una persona, contrarias a lo establecido como estilo de vida saludable, las mismas que podrían dar lugar a enfermedades crónicas, la OMS lo denomina como enfermedades de estilos de vida (47). Muchos de los estudios realizados han mencionado que las prácticas habituales de mala alimentación, el sedentarismo, la falta de horas de sueño, estrés, consumo de tabaco y alcohol, se asocian a una mayor prevalencia de enfermedades y por lo tanto a una mayor tasa de mortalidad, he ahí la importancia de las actividades, programas de promoción y prevención en salud (24, 48).

2.1.3. ESTADO NUTRICIONAL

Estado nutricional es la situación del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo del adulto mayor, como resultado de su nutrición, su régimen alimentario, su estilo de vida, entre otros factores relacionados al proceso de envejecimiento (49). También es definido como la utilización que hace el organismo humano de los alimentos ingeridos (50).

2.1.3.1 Evaluación del estado nutricional:

Conjunto de procedimientos que permite determinar el estado nutricional de una persona, valorar necesidades o requerimientos nutricionales y determinar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional (49). La evaluación del estado nutricional se realiza mediante el índice de masa corporal según la clasificación para el adulto mayor. (50) Se considera la siguiente clasificación:

a) Delgadez $IMC \leq 23,0$:

Son clasificadas con valoración nutricional de “delgadez”, que es una malnutrición por déficit, y puede estar asociado a diferentes problemas, tales como: psíquicos (depresión, trastornos de memoria o confusión, alcoholismo,



tabaquismo), sensoriales (disminución del sentido del gusto, visión, auditivo), físicos (movilidad), sociales (soledad, malos hábitos dietéticos, maltrato), bucales (falta de piezas dentarias), digestivos (malabsorción), hipercatabólicas (cáncer, diabetes), entre otras (49).

b) Normal IMC > 23 a < 28:

Son clasificadas con valoración nutricional “normal” y es el IMC que debe tener y mantener esta población (51).

c) Sobrepeso IMC \geq 28 a < 32:

Son clasificadas con valoración nutricional de “sobrepeso”, es una malnutrición por exceso, caracterizado por la ingesta elevada de calorías, malos hábitos alimentarios, escasa actividad física y entre otros (50).

d) Obesidad IMC \geq 32:

Son clasificadas con valoración nutricional de “obesidad”, es una malnutrición por exceso e indica un mayor riesgo de sufrir de enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y pérdida de la movilidad (51). La obesidad es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por un exceso de grasa corporal que por lo general se ve acompañado por un incremento en el peso del cuerpo, la obesidad no distingue edad, sexo, origen étnico, nivel socioeconómico o situación geográfica (17). Los principales problemas de salud asociados a la obesidad y al exceso de peso son: Diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, algunos tipos de cáncer (cáncer de esófago, colon, recto, vesícula biliar, riñón, próstata, útero, mama), osteoartritis, problemas psicológicos (29).

2.1.3.2 Evaluación nutricional antropométrica:

Es la determinación de la valoración nutricional de la persona adulta mayor mediante la toma de peso, medición de talla y otras medidas antropométricas (49).

a) **Peso:**

Es la estimación de la masa corporal de una persona expresada en kilogramos y constituye una medida aproximada del almacenamiento corporal total de energía. Varía de acuerdo a la edad, sexo, estilo de vida, estado de salud, entre otros (50).

b) **Talla:**

Es la medición antropométrica del tamaño o estatura del adulto mayor, obtenida siguiendo procedimientos establecidos. La medición de la talla en esta etapa de vida es referencial debido a la compresión vertebral, la pérdida del tono muscular, los cambios posturales, entre otros, que alteran la medición (50).

c) **Índice de masa corporal (IMC):**

Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$

Clasificación de la valoración nutricional de adultos mayores según índice de masa corporal (IMC)

Clasificación	IMC
Delgadez	$\leq 23,0$
Normal	$> 23 \text{ a } < 28$
Sobrepeso	$\geq 28 \text{ a } < 32$
Obesidad	≥ 32

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. módulo 5. valoración nutricional del adulto mayor. Washington, DC 2002.



2.1.4. ADULTO MAYOR

La OMS define a las personas de 60 a 74 años como edad avanzada, como viejos o ancianos a personas de 75 a 90 años y los mayores a 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos, sin embargo, a todo individuo mayor de 60 años se le considerará persona de tercera edad. Por otro lado, las Naciones Unidas atribuye el término de anciano dependiendo del desarrollo del país, siendo anciano toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y a partir de 60 años para los países en desarrollo. El estado peruano en el año 1998 define al grupo poblacional “adultos mayores” a las personas mayores de 60 años para sus lineamientos de trabajo (52).

Envejecimiento: es un proceso continuo, universal, irreversible, heterogéneo e individual del ser humano durante todo su ciclo de vida que determina pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En las personas adultas mayores sanas muchas funciones fisiológicas se mantienen estables, pero al ser sometidos a estrés se manifiesta la disminución de la capacidad funcional (49).

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el ámbito internacional.

En Ecuador, un estudio realizado cuyo objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad de Machala, en el año 2018; fue de carácter descriptivo y corte transversal, la muestra estuvo conformada por 121 adultos mayores. Así mismo la técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, para valorar el estado nutricional según el índice de masa corporal que se obtuvo mediante la relación peso y talla, de esta manera se evidenció el resultado en donde el 49.6% de adultos mayores practican estilo de vida saludable y el 50.4% posee un estilo de vida no saludable, respecto al estado nutricional



el 43.8% se encuentran con sobrepeso, mientras que el 19.8% con obesidad I, el 11.6% con obesidad II, y el 2.5% de adultos mayores se encuentran con obesidad III, finalmente se concluyó que no existe relación entre estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor (1).

Otro estudio en el año 2017 en Ecuador, se ejecutó con el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores que asisten al hogar de los abuelos, fue de tipo correlacional, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, conformado por una población de 61 adultos mayores, en donde se halló que el 54.1% tiene un estilo de vida no saludable y el 45.9% posee un estilo de vida saludable, en cuanto al estado nutricional el 19.70% presentó bajo peso, el 37.70% se encuentra en un estado nutricional normal, mientras que el 36.10% tiene sobrepeso y el 6.60% tiene obesidad, se determinó que existe una relación significativa entre el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores (6).

En este mismo año en Ecuador, se realizó un estudio con el objetivo de determinar el estilo de vida de los adultos mayores en la sede social del Instituto Ecuatoriano seguridad social de la Ciudad de Esmeraldas, esta fue una investigación descriptiva, cuantitativa y cualitativa, con un diseño de estudio transversal, tuvo una muestra de 40 adultos mayores que se seleccionó de forma aleatoria simple, para la recolección de datos, se aplicaron encuestas, a través de cuestionarios, fichas de observación y entrevistas a la población en estudio. Los resultados fueron que el 62% de los estudiados tiene una buena alimentación, así como el 65% con actividad física adecuada según su edad y enfermedades concomitantes. Se evidenció el buen desarrollo de actividad asistencial en dicha institución, gozando los adultos mayores de una buena calidad de vida, avalado por hábitos alimentarios y vida saludable, con adecuada actividad física y recreativa (53).



Además, en Bogotá en el año 2011, se hizo un estudio con el objetivo de establecer la clasificación nutricional de 90 adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romana mediante el cuestionario mini Nutritional Assessment, fue de tipo descriptivo, transversal; el cual tuvo una muestra de 80 adultos mayores. Los resultados revelaron que el 15% de la población en estudio se encuentra en mal estado nutricional, mientras que el 66% en riesgo de malnutrición, los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional, fueron los relacionados con los parámetros dietéticos en donde se encontró que el 86% de la población no consume carne, pescado o aves diariamente, el 84% no consume frutas o verduras dos veces al día y el 70% consume únicamente dos comidas al día (54).

En el ámbito nacional.

En el año 2018 en Lima se ejecutó una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor cooperativa Huancara - SJL, correspondió a un enfoque cuantitativo, descriptivo y de diseño no experimental, la población estuvo conformada por 80 adultos mayores cuyas personas viven en la cooperativa. El resultado que se evidencio fue que el 37.50% posee un estilo de vida saludable mientras que el 62.50% lleva una vida no saludable poniendo en riesgo su salud, de la misma manera se encontró que hay adultos mayores con bajo peso en un 10%, con un estado nutricional normal de 36.25%, un 38.75% de adultos mayores con sobrepeso y el 15.00% con obesidad lo que refleja que su estado nutricional no es el correcto, concluyendo que si existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en los adultos mayores (10).

Otro estudio en Cajamarca, se ejecutó con el objetivo de determinar la relación de los estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en la cartera del adulto y adulto mayor – EsSalud, en el año 2017; fue de tipo descriptivo, correlacional de corte



transversal, la población estuvo establecida por 180 adultos mayores. El resultado fue que el 94% presento un estilo de vida no saludable y solamente el 5.6% alcanzó un estilo de vida saludable, respecto al estado nutricional al 11.7% de adultos mayores se le diagnostico delgadez, el 52.2% tiene un estado nutricional normal, mientras que el 26.7% con sobrepeso y el 9.4% con obesidad, concluyendo que no existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores (9).

Además, en Huánuco en el año 2016 se hizo un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional en personas adultas mayores, usuarios del programa de adulto mayor del Puesto de Salud Churubamba, fue de corte transversal explicativo y analítico, con 179 adultos mayores. Los resultados fueron que el 71.5% presenta un estilo de vida no saludable, mientras que el 28.4% un estilo de vida saludable, con respecto al estado nutricional, se aprecia que el 43.6% presenta desnutrición, el 29.6% tiene un estado nutricional normal y el 26.8% tuvieron sobrepeso u obesidad, concluyendo que si existe relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor (8).

Así mismo, en Arequipa, un estudio realizado tuvo el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del Distrito de Polobaya, en el año 2015; fue de tipo correlacional, enfoque cuantitativo, corte transversal; la población de estudio estuvo constituida por 80 adultos mayores. Los resultados fueron que el 70% posee estilo de vida no saludable y el 30% presenta un estilo de vida saludable, el 1.3% de adultos mayores tienen delgadez, el 35% tiene un estado nutricional normal, al 62.5% se le diagnostico sobrepeso y al 1.3% obesidad, de esta manera concluye evidenciando que no existe relación estadísticamente entre el estilo de vida y el estado nutricional (7).



En el ámbito regional:

En Puno, en el año 2018, se ejecutó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I – 3 Coata, este fue de tipo descriptivo, correlacional, la muestra estuvo constituida por 119 adultos mayores, evidenciando que el 63.3% presenta un estilo de vida no saludable y el 36.97% un estilo de vida saludable, con lo referente al estado nutricional el 30.3% presento delgadez, el 45.4% presento un estado nutricional normal, mientras que el 12.45% con sobrepeso, el 7.56% con obesidad; por lo tanto, se determinó que si existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I – 3 Coata (3).

Otro estudio también en Puno, se realizó con el objetivo de determinar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del Programa de Asistencia Solidaria Pensión 65 del Distrito de Paucarcolla, en el año 2015; fue de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, en los resultados se evidencio que el 20% presentó estilos de vida saludable mientras que el 80% estilos de vida no saludable, al evaluar el estado nutricional el 32.72% presentó delgadez, el 47.30% se encontró en un estado nutricional normal, mientras que el 13.62% con sobrepeso y el 6.36% con obesidad, finalmente se concluyó que si existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores (13).

2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existe relación entre estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019.

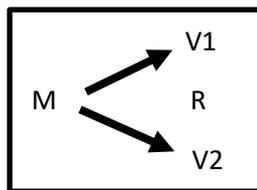
CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo por que muestra la información tal como es en la realidad; de corte transversal porque se recolectaron datos en un tiempo y espacio determinado. El diseño de estudio fue el correlacional no experimental, porque establece la relación de las variables, estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores.

Esquema del diseño: De acuerdo al tipo de investigación, el diseño utilizado fue el siguiente:



Dónde:

M= Muestra.

V1= Estilos de vida.

V2= Estado nutricional.

R= Correlación

3.2 LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el distrito de Atuncolla, provincia y departamento de Puno, que limita por el sur con el distrito de Paucarcolla, por el norte con el distrito de Caracoto, por el oeste con el distrito Vilque y por el este con el distrito de Huatta.



3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN:

La población estuvo conformada por 254 adultos mayores según el padrón de usuarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria - Pensión 65 que residen en todas las comunidades y sectores del Distrito de Atuncolla. La mayoría adultos mayores se dedican a la crianza del ganado vacuno, en seguida la producción agrícola, como autosostenimiento y autoconsumo.

3.3.2 MUESTRA

La muestra del estudio se calculó mediante la técnica del muestreo aleatorio simple y para el cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$
$$n = \frac{254 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times 254 - 1 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = \frac{243.94}{0.63 + 1.96}$$
$$n = \frac{243.94}{2.59}$$
$$n = 94.18$$
$$n = 94$$

Donde:

Tamaño de población: N=254

Nivel de confianza Z=1.96

Proporción a favor P=0,5



Proporción en contra $Q=0,5$

Error de precisión (5%) $d=0,05$

Aplicando la fórmula anterior y reemplazando los datos se obtuvo una muestra representativa de 94 adultos mayores, beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, que residen en todas las comunidades y sectores del Distrito de Atuncolla.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que sean beneficiarios del Programa Pensión 65.
- Personas mayores de 65 años a más, de ambos sexos.
- Personas que otorgaron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con problemas de audición.
- Personas que se nieguen a participar en la entrevista para la investigación.
- Personas que tengan alguna enfermedad como: inmovilidad corporal limitante o dependencia de un familiar.

3.4 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Variable independiente:

- Estilo de vida.

Variable dependiente:



- Estado nutricional.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE	CATEGORÍA
Variable independiente Estilo de vida: son comportamientos saludables que sirven para mantener o aumentar el bienestar del adulto mayor.	Alimentación	1. Come tres veces al día. 2. Consumo de alimentos balanceados diariamente. 3. Consumo de agua diaria. 4. Consumo de condimentos procesados. 5. Revisión fecha de vencimiento de alimentos procesados.	Saludable No saludable	30 a 40 puntos 10 a 29 puntos
	Actividad y ejercicio	6. Actividad física que incluya el movimiento de todo su cuerpo. 7. Tiempo de ejercicios diario. 8. Días de ejercicio por semana.	Saludable No saludable	9 a 12 puntos 3 a 8 puntos
	Manejo de estrés	9. Identifica situaciones que le preocupan. 10. Expresa sus sentimientos. 11. Realiza de actividades de relajación.	Saludable No saludable	9 a 12 puntos 3 a 8 puntos
	Apoyo interpersonal	12. Se relaciona con los demás. 13. Mantiene buena comunicación con los demás. 14. Comenta sus ideas e inquietudes.	Saludable No saludable	12 a 16 puntos 4 a 11 puntos



		15. En situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.		
	Autorrealización	16. Satisfecho con lo que ha logrado en su vida. 17. Satisfecho con lo que realiza actualmente. 18. Efectúa actividades que le agrada.	Saludable No saludable	9 a 12 puntos 3 a 8 puntos
	Responsabilidad en salud	19. Asistencia al servicio de salud. 20. Acude al establecimiento de salud por problemas, 21. Toma medicamentos prescritos por el médico. 22. Practica recomendaciones del personal de salud. 23. Participa en campañas de salud. 24. Consumo sustancias nocivas.	Saludable No saludable	18 a 24 puntos 6 a 17 puntos
		TOTAL	Saludable No saludable	87 a 116 puntos 29 a 86 puntos

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE
Variable dependiente estado nutricional: Situación de salud de la persona que resulta de la utilización que hace el organismo del alimento ingerido	Índice de masa corporal (IMC)	<ul style="list-style-type: none"> • Delgadez • Normal • Sobre peso • Obesidad 	$\leq 23.0\%$ $> 23 \text{ a } < 28\%$ $\geq 28 \text{ a } < 32\%$ $\geq 32\%$



3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS:

La técnica que se utilizó para medir el estilo de vida fue la encuesta y para el estado nutricional la observación.

INSTRUMENTOS:

- **Para medir el estilo de vida:**

Se utilizó como instrumento el cuestionario de escalas de estilo de vida, que consta de tres partes:

- Primera parte: saludo y presentación de la investigadora.
- Segunda parte: las preguntas referentes al estilo de vida en sus correspondientes dimensiones.
- Tercera parte: escala de calificación del instrumento.

Conformada por una escala total de 29 ítems y considera las siguientes dimensiones:

- Alimentación: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Actividad y ejercicio: 11, 12, 13
- Manejo del estrés: 14, 15, 16
- Apoyo interpersonal: 17, 18, 19, 20
- Autorrealización: 21, 22, 23
- Responsabilidad en salud: 24, 25, 26, 27, 28, 29

La calificación del instrumento se realizó aplicando los criterios cualitativos y cuantitativos:

- Nunca: N = 1
- A veces: A = 2
- Frecuentemente: F = 3



- Siempre: $S = 4$

* En el ítem 29 el criterio de calificación, el puntaje es al contrario $N= 4$. $V=3$, $F=2$, $S=1$

Puntaje máximo del instrumento es 116 y el mínimo es 29. Los puntajes obtenidos para la escala total resultan de la suma de las diversas respuestas a los 29 ítems; así también se procesó la calificación por dimensiones, siguiendo la misma metodología de la autora.

Dimensiones	Saludable	No saludable
Alimentación	30 – 40	10 – 29
Actividad y ejercicio	9 – 12	3 – 8
Manejo del estrés	9 – 12	3 – 8
Apoyo interpersonal	12 – 16	4 – 11
Autorrealización	9 – 12	3 – 8
Responsabilidad en salud	18 – 24	6 – 17
Total	87 – 116	29 – 86

Fuente: Instrumento de estilo de vida saludable según modelo Nola Pender, ajustado por la autora.

Estilo de vida saludable: cuando el adulto mayor come tres veces al día el desayuno almuerzo y cena, dentro de ello consume frutas, verduras, cereales, menestras, productos lácteos, tubérculos, que equivale a un promedio de energía entre 2000 a 2400 kilocalorías que requiere el adulto mayor para mantener la vitalidad, dormir al menos siete horas por noche, realizar ejercicios o al menos realizar caminatas, evitar el consumo de sustancias nocivas y tener bienestar emocional.

Estilo de vida no saludable: cuando el consumo de alimentos es menor a 2000 kilocalorías, no consume los tres alimentos básicos diarios como el desayuno almuerzo y cena, no realiza ejercicios que incluyan el movimiento de todo su cuerpo ni caminatas, consume alcohol y tabaco, tiene problemas con sus familiares y amigos.



Confiabilidad y validez:

El instrumento fue elaborado por Walker, Sechrist y Pender en 1990, modificado por las Licenciadas en Enfermería Díaz, Delgado y Reyna, en el 2008; tuvo una validez interna de $r > 0.20$, confiabilidad Alfa de Crombach de 0.794. Además, fue aplicado en diversos estudios de investigación nacionales e internacionales tales como: Serrano (1), Mamani (3), Taco y Vargas (7), entre otros. Sin embargo fue necesario un ajuste cultural del instrumento que es válido y confiable a nuestra realidad, para ello se revisó el instrumento con tres expertos, un antropólogo con experiencia de trabajo en UNICEF, una docente de la Facultad de Enfermería de la UNA PUNO responsable del curso de adulto mayor, una Enfermera asistencial que labora en establecimiento de salud de primer nivel en la zona de estudio; se le aplicó la prueba estadística de Kendall demostrando que el instrumento tiene una confiabilidad de 0.750 lo cual indica que tiene una confiabilidad alta, con una validez de 0.021 lo cual afirma que es factible aplicar el instrumento, concluyendo así que el instrumento es válido y confiable, pudiendo ser aplicado en esta zona del país.

- **Para evaluar el estado nutricional:**

Se elaboró una ficha de evaluación nutricional realizada por la investigadora, que permite registrar los datos antropométricos, la misma que está basada en la guía técnica para la valoración nutricional antropométrica del adulto mayor (50), consta de tres partes:

- Primera parte: registro de identificación de datos personales.
- Segunda parte: considera los ítems que se obtuvieron, peso, talla e índice de masa corporal, medidos mediante una balanza y tallímetro.
- Tercera parte: se registra el resultado de la evaluación del estado nutricional, que se realizó a través de la lectura de la tabla de



valoración nutricional antropométrica según índice de masa corporal para adultos mayores, esta ficha sirvió para el diagnóstico nutricional final, según su clasificación (Anexo 4). Estado nutricional (IMC):

- Delgadez ≤ 23
- Normal > 23 a < 28
- Sobrepeso ≥ 28 a < 32
- Obesidad ≥ 32 .

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. Procedimientos administrativos:

- Se solicitó a la señora Decana de la Facultad de Enfermería UNA-PUNO el oficio dirigido al alcalde de la Municipalidad Distrital de Atuncolla a fin de obtener la autorización respectiva.
- Una vez obtenida la autorización, se coordinó con el gerente de desarrollo social del Municipio, encargado de Pensión 65.
- Se coordinó fechas para la recolección de datos en los adultos mayores.
- Previamente se preparó los instrumentos de recolección de datos.

b. De las técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Para evaluar el estilo de vida en adultos mayores, se procedió de la siguiente manera:

- La investigadora se presentó ante los adultos mayores, explicándoles el propósito de su participación.
- El adulto mayor voluntariamente firmó o colocó su huella dactilar en el consentimiento informado.
- Se entrevistó al adulto mayor registrando sus respuestas en el cuestionario.



- Para la aplicación del cuestionario fue necesario un tiempo aproximado de 15 minutos por cada adulto mayor y se entrevistó en el idioma quechua.
- Se recabó información de los adultos mayores según el orden de llegada, para no alterar la programación de actividades.
- Un adulto mayor tenía problemas de audición baja a quien se tuvo que hablar fuerte y repetir cuando era necesario para lograr una correcta respuesta.
- La totalidad de adultos mayores fueron entrevistados en quechua, a pesar que la mayoría entiende el castellano, se sentían más a gusto y con mayor confianza cuando se les preguntaba en quechua.
- La investigadora, cuenta con capacitación de nivel intermedio en lectoescritura del idioma quechua además de tener como lengua materna el quechua.
- Concluida la aplicación del instrumento, se agradeció a los adultos mayores por su participación.

Para evaluar el estado nutricional se consideraron las siguientes actividades:

- Se contó con el apoyo de tres enfermeras a quienes se capacitó previamente, en aspectos de control de peso y talla, quienes ejecutaron dichas evaluaciones y registraron en las fichas respectivas.
- Se verificó la ubicación y ajustó la balanza a 0 (cero).
- Se solicitó al adulto mayor que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
- Se solicitó que se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y relajada, mirando al frente de la balanza, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos, los



talones ligeramente separados y la punta de los pies separados formando una “V”.

- Se pesó al adulto mayor registrando el resultado en kilogramos y gramos, (ejemplo: 65,1 kg).
- Se verificó la ubicación y condiciones del tallímetro.
- Se le solicitó que se quite los objetos en la cabeza que interfieran con la medición.
- Se le indicó y ayudó a ubicarse en el centro de la base del tallímetro, de espaldas al tablero, en posición erguida, mirando al frente, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas de las manos descansando sobre los muslos, los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados.
- Se procedió con la toma de la medida de talla del adulto mayor, registrando el resultado en la ficha de evaluación en centímetros.
- Para la clasificación nutricional, se utilizó la tabla de valoración nutricional antropométrica donde se visualizó los valores del índice de masa corporal, obtenidos de la toma de peso y medición de la talla a través de la fórmula:
$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2.$$
- Se clasificó y registró el resultado de la siguiente manera: Delgadez ≤ 23 , normal > 23 a < 28 , sobrepeso ≥ 28 a < 32 , obesidad ≥ 32 .

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de datos de la información recolectada fue organizado en una matriz de datos en el programa Microsoft Excel 2016 y el paquete estadístico SPSS V.22.

Para contrastar la hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado de Pearson, que permitió relacionar el estilo de vida con el estado nutricional



del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, estableciendo la correlación entre las variables dependiente e independiente, se aplicó la prueba estadística de correlación simple cuya fórmula es:

$$X_C^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Dónde:

X_C^2 = Chi cuadrada calculada

O_{ij} = Valor observado

E_{ij} = Valor esperado

r = Número de filas

c = Número de columnas

Ha: El estilo de vida tiene relación con el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla.

Ho: El estilo de vida no tiene relación con el estado nutricional del adulto mayor beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla.

α : 0.05

Confiabilidad: 95% <

GL: (c-1) (f-1)

Regla de decisión:

Si $X_C^2 > X_t^2$ Entonces se rechaza la hipótesis planteada y se acepta la hipótesis nula.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS.

Tabla 1. Relación entre el estilo de vida según modelo Nola Pender y el estado nutricional en adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019.

Estilo de vida	Saludable		No Saludable		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
IMC						
Delgadez	26	27.66	20	21.28	46	48.94
Normal	18	19.15	13	13.83	31	32.98
Sobrepeso	5	5.32	10	10.64	15	15.96
Obesidad	1	1.06	1	1.06	2	2.13
Total	50	53.19	44	46.81	94	100

Fuente: escala de estilos de vida según modelo Nola Pender e índice de masa corporal.

En la tabla se observa que 46.81% de adultos mayores, poseen un estilo de vida no saludable, de ellos el 21.28% presentaron delgadez, el 13.83% estado nutricional normal, el 10.64% sobrepeso y el 1.06% obesidad; del 53.19% que tiene estilo de vida saludable, el 27.66% presenta delgadez y el 19.15% IMC normal.

El análisis estadístico, mediante la prueba de Chi cuadrado indica que no existe significancia estadística ($p=0.410$), de lo cual se interpreta que el estilo de vida no se asocia directamente y únicamente con el estado nutricional de los adultos mayores, rechazando la hipótesis planteada y aceptando la hipótesis nula.

Tabla 2. Estilo de vida del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019, según las dimensiones.

Estilo de vida	Saludable		No saludable		Total	
Dimensión	N°	%	N°	%	N°	%
Alimentación	83	88.30	11	11.70	94	100
Actividad y ejercicio	17	18.09	77	81.91	94	100
Manejo del estrés	31	32.98	63	67.02	94	100
Apoyo interpersonal	66	70.21	28	29.79	94	100
Autorrealización	19	20.21	75	79.79	94	100
Responsabilidad en salud	87	92.55	7	7.45	94	100
Total	50	53.19	44	46.81	94	100

Fuente: resultados obtenidos del cuestionario, estilos de vida según modelo Nola Pender.

Se observa que el estilo de vida saludable alcanza mayores porcentajes en las dimensiones de: responsabilidad en salud con 92.55%, alimentación con 88.30% y apoyo interpersonal con 70.21%; en estilo de vida no saludable las dimensiones con mayores porcentajes son: actividad y ejercicio con 81.91%, autorrealización con 79.79% y manejo del estrés con 67.02%.



Tabla 3. Estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla, según Índice de Masa Corporal (imc).

IMC	N°	%
Delgadez	46	48.94
Normal	31	32.98
Sobrepeso	15	15.96
Obesidad	2	2.13
Total	94	100

Fuente: resultados obtenidos según índice de masa corporal.

La tabla evidencia los resultados referentes al estado nutricional mediante el indicador de Índice de masa corporal (IMC), en donde la mayor parte de adultos mayores se encuentra en estado de delgadez con 48.94%, seguido del estado normal con 32.98%, mientras que 15.96% presenta sobrepeso y el 2.13 % de adultos mayores tiene obesidad.



4.2 DISCUSIÓN.

El estilo de vida es la forma de comportamiento o conducta que tiene un individuo como hábito lo cual puede ser bueno o perjudicial para su salud (14), abarca diversas dimensiones como: alimentación, actividad física, el manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud (12). Sin embargo, La comunidad sanitaria internacional pone énfasis en los estilos de vida saludable, porque disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónicas, tales como diabetes, hipertensión, obesidad, enfermedades del corazón, accidentes cerebro vasculares, cáncer y depresión; que ocasionan mortalidad (55).

En la investigación no se encontró relación estadística entre el estilo de vida según modelo Nola Pender y el estado nutricional del adulto mayor de Pensión 65 – Atuncolla, coincidiendo con los resultados reportados por los investigadores, Serrano (1), Díaz (9), Taco y Vargas (7) quienes investigaron en Ecuador, Cajamarca y Arequipa, demostrando que no hay relación significativa entre las variables estilo de vida y estado nutricional en el adulto mayor; probablemente porque los estudios citados utilizaron el mismo instrumento para medir el estilo de vida, las zonas investigadas corresponden al sur del Perú y al sur de Ecuador, siendo una de sus actividades económicas principales la agricultura de autoconsumo.

Sin embargo, Romero (8), Chahua (10), Zanabria (13), Mamani (3) quienes investigaron en Huánuco, Lima, Paucarcolla y Coata, respectivamente, concluyeron que si existe relación entre el estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores, probablemente porque la mayoría de adultos mayores fueron captados como beneficiarios del establecimiento de salud o pertenecen a una casa hogar; sin embargo, Zanabria (2015) encontró mayores porcentajes de estado nutricional normal en el distrito de Paucarolla a diferencia de lo encontrado en el distrito de Atuncolla, donde el estado nutricional



predominante es la delgadez; esta variación de resultados en el estado nutricional podría estar causando la diferencia en la relación entre las variables de estudio, a pesar de ser Paucarcolla y Atuncolla distritos colindantes.

Respecto al estilo de vida se concluyó que más de la mitad tiene un estilo de vida saludable y cerca de la mitad tiene un estilo de vida no saludable; en contraposición al presente estudio tenemos a Romero con 71.6% (8), Díaz con 94% (9), Zanabria con 80% (13), Chahua con 62.50% (10) y Mamani con 63.03% (3), quienes evidenciaron que la mayor parte de adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable, mientras tanto, asemejándose con nuestro estudio tenemos a Serrano quien halló que casi la mitad de adultos mayores tienen un estilo de vida saludable con 49.6% (1), así también Arias y Celleri encontraron que el 45,9% posee un estilo de vida saludable (6). Para tener un estilo de vida saludable se necesita de un trabajo permanente y constante de educación en salud; complicada labor para el equipo de Salud especialmente para los profesionales de enfermería quienes deberían aplicar el modelo de promoción de la salud con el enfoque de Pender, modelo que se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable; sin embargo sus múltiples actividades intramurales no permiten que se realicen actividades extramurales con grupos en riesgo como son los adultos mayores.

En la dimensión alimentación se encontró que la mayoría de adultos mayores en el día desayuna, almuerza, cena, e interdiario consumen frutas, verduras, carne, leche, arroz, papa y chuño; esto demuestra que se alimentan con productos variados y de la zona; probablemente consumen una dieta balanceada porque tienen acceso y disponibilidad a los alimentos, Atuncolla se encuentra a 45 minutos de Puno o Juliaca, lugares donde se pueden abastecer de verduras y frutas en virtud a que reciben apoyo económico mensual del Programa Pensión 65, pudiendo solventar esos gastos. Mientras que Serrano en



Ecuador (1), Romero en Huánuco (8) y Díaz en Cajamarca (9) evidenciaron que más de la mitad de adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable para esta dimensión, probablemente porque los adultos mayores vivían en zonas rurales alejadas de la capital de distrito o porque los de Cajamarca pertenecían a EsSalud; estos factores pudieron dificultar el acceso o disponibilidad de los alimentos.

En la dimensión actividad y ejercicio se demostró que más de la mitad no realiza actividad física, esta ayudaría a mantener un estado de salud adecuado y lograr un envejecimiento saludable porque contribuye al mantenimiento adecuado del peso corporal y previene el sobrepeso y la obesidad (56); la mayoría de adultos mayores del distrito de Atuncolla tiene poca cantidad de ganado (5 ovejas y/o 2 vacas en promedio), las cuales pastan cerca de sus casas, cultivan extensiones pequeñas de tierra solo para el autoconsumo; actividades que cambiaron porque cuentan con el apoyo del programa Pensión 65, no siendo necesario caminar por más de 20 minutos ni trabajar la tierra en forma diaria.

Así también Serrano en Ecuador encontró que más de la mitad de adultos mayores no realizan actividad física (1) coincidiendo con los resultados encontrados; sin embargo, Romero (8) y Díaz (9) hallaron que los adultos mayores realizan actividad física, mostrando un estilo de vida saludable con los porcentajes de 62,6% y 66,7% respectivamente; estos resultados difieren de los hallazgos probablemente porque los adultos mayores viven en zonas urbanas y requieren moverse para comprar alimentos o tener vínculo social con amigos, mientras que en zonas más rurales los adultos mayores se encuentran más aislados.

Por otro lado, en la dimensión manejo del estrés, se demostró que más de la mitad tiene estrés, no sabe identificar situaciones que le causan preocupación, no realiza



ninguna actividad de relajación para sobrellevar sus problemas. El manejo del estrés ayuda a mantener un estado de salud mental óptimo, porque muchas personas entre ellas adultos mayores padecen de trastornos afectivos como estrés, ansiedad y depresión, esto influye en el bienestar del adulto mayor haciendo que se sienta con ganas de vivir y realice sus actividades cotidianas de manera normal o prefiera morir (57). Y aunque existe diferencia en las zonas de investigación hay similitud con el estudio de Romero quien encontró que el 65.9% de adultos mayores no maneja el estrés (8); Taco y Vargas en Arequipa indican que los adultos mayores desconocen sobre actividades de relajación (7). El manejo del estrés es un tema que ha cobrado importancia en este siglo, afectando a toda la población en general y con mayor razón a quienes viven solos; se conoce poco sobre el afrontamiento al estrés, esto puede ocasionar que los adultos mayores de zonas rurales, estén mucho más propensos a padecer estrés sin identificarlo y por ende sin saber cómo afrontarlo.

En cuanto a la dimensión del apoyo interpersonal se encontró, que más de la mitad de adultos mayores cuenta con el apoyo de vecinos y amigos más que de familiares por que se encuentran lejos; la red de apoyo puede estar integrada por, amigos, vecinos, familia, profesional de la salud entre otros, quienes en esta etapa vulnerable lo ayudan a continuar con su vida, adaptarse a los cambios del envejecimiento. Al contrastar los resultados, se evidencio que Serrano encontró que la mayoría de adultos mayores se relacionan con las demás personas y tienen buenas relaciones interpersonales (1); mientras que Vigil encontró que el 62% de adultos mayores manifestaron no recibir apoyo interpersonal por parte de otras personas mucho menos de sus familiares (48). Los resultados son similares, en virtud a que la realidad de apoyo interpersonal del adulto mayor, no parece tener variación ni en otro país como Ecuador, ni en nuestro país como en Chota.



También, en la dimensión autorrealización se demostró que más de la mitad de adultos mayores no se encuentran satisfechos con lo que han realizado durante su vida y con las actividades que actualmente realizan, teniendo como tendencia no desarrollar al máximo sus propios talentos y sintiendo insatisfacción hacia el mismo. Al respecto la ONU valoró el principio de la autorrealización para avanzar en la promoción del estilo de vida (41); Henderson, indica que la autorrealización es una de las necesidades básicas del ser humano que contribuye a que éste se sienta pleno y útil en la sociedad (58). A diferencia de lo encontrado, Vigil (48) y Serrano (1) encontraron que más de la mitad de adultos mayores se encontraban satisfechos con los logros conseguidos durante toda su vida y con las actividades que actualmente realizan, teniendo como tendencia a desarrollar al máximo los propios talentos de ellos, esto contribuye a obtener un sentimiento de satisfacción hacia ellos mismos. Es probable que los adultos mayores de Atuncolla hayan tenido expectativas grandes referente a que lo esperaban ser y por ello sienten insatisfacción con lo realizado.

Finalmente, en la dimensión de responsabilidad en salud se encontró que la mayoría de adultos mayores acude al Centro de Salud al menos una vez al año, debido a que el programa de Pensión 65 requiere que el adulto mayor sea atendido, ellos deben asistir a campañas de promoción para la salud, revisión general o para el descarte de enfermedades. Cuando presentan molestias unos cuantos toman medicamentos prescritos por el médico y toman en cuenta las recomendaciones que brinda el personal de salud, hay algunos que se auto medican con hiervas naturales o recetas emitidas por las farmacias. En similitud a este resultado se tiene a Serrano quien muestra en su trabajo un alto porcentaje de adultos mayores que son responsables con su salud, acuden y toman en cuenta las recomendaciones que les brinda el personal de salud (1). Contrariamente a este estudio tenemos Romero (8) y Díaz (9) quienes en sus investigaciones muestran bajos



porcentajes (25.1%) (2.8%) de responsabilidad de salud por parte de los adultos mayores; probablemente porque estos estudios se hicieron en poblaciones no beneficiarias del programa Pensión 65.

Al evaluar el estado nutricional se determinó que casi la mitad de adultos mayores se encuentran con delgadez, la tercera parte presenta un estado normal, seguido del sobrepeso y el porcentaje mínimo de adultos mayores se encuentra con obesidad. Al respecto se encontraron resultados similares como: Romero, el 43.6% de adultos mayores presenta delgadez y 26.8% sobrepeso (8). En tanto Zanabria muestra que 32.72% se encuentra con delgadez, 13.62% con sobrepeso (13). Por su parte Chahua evidencio al 38.75% con sobrepeso y 15% con obesidad (10), Taco y Vargas, quienes determinaron al 62.5% con sobrepeso, al 1.3% con delgadez y obesidad (7), Mientras que Gonzales revelo que el 15% se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición (54).

Al respecto se considera probables razones, tales como: reciben apoyo de vecinos y amigos más que de familiares por que se encuentran lejos, consumen de lo que disponen; además, refieren que muy pocos realizan actividad y ejercicio físico a lo mucho, realizan caminatas de corta distancia, algunos manejan bicicleta y unos cuantos trabajan en ganadería y agricultura para su auto consumo. Otras razones serian, no revisan las etiquetas de los alimentos, consumen alimento que contienen ingredientes artificiales y no consumen frutas entre las comidas, aunado a ello presentan problemas físicos propios del envejecimiento como la pérdida de piezas dentarias que produce alteraciones en salivación, masticación y deglución de alimentos, pérdida auditiva (32), así también minusvalía, deterioro sensorial, alteraciones del aspecto emocional, como depresión, ansiedad, estrés; gracias al Programa Pensión 65 que les proporciona recursos económicos, pueden sobrevivir y solventar sus gastos, en ocasiones la gran mayoría tiene que acudir al Establecimiento de Salud obligatoriamente ya que así lo requiere el



Programa. Por lo tanto, un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo para los adultos mayores porque existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; y como dice Aubrey de Grey, gran parte del deterioro relacionado con la tercera edad se puede atribuir, con frecuencia, al estilo de vida, a las costumbres, la dieta o al entorno en que vivimos, los cuales pueden modificarse (13).



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: No se encontró relación estadística ($p=0.410$) entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Pensión 65. Dentro del estilo de vida saludable se tiene mayor porcentaje de delgadez, seguido muy de cerca del estado nutricional normal y bajos porcentajes de sobrepeso y obesidad; en el estilo de vida no saludable existe mayor porcentaje de delgadez, seguido de estado nutricional normal, con presencia de mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad en comparación al grupo de estilos de vida saludable.

SEGUNDA: Más de la mitad de adultos mayores evidenciaron un estilo de vida saludable para las dimensiones de alimentación, apoyo interpersonal y responsabilidad en salud; mientras que el porcentaje restante tiene un estilo de vida no saludable en las dimensiones de actividad y ejercicio, manejo del estrés y autorrealización.

TERCERA: Respecto al estado nutricional casi la mitad de adultos mayores, presentó delgadez, seguido de un tercio que se encuentra con un estado nutricional normal y los adultos mayores restantes, presentaron sobrepeso y obesidad.



VI. RECOMENDACIONES

A LA ENFERMERA RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ATUNCOLLA:

- Realizar visitas domiciliarias e intervenciones educativas con los adultos mayores que presentaron estado nutricional inadecuado o estilo de vida no saludable, promoviendo el estilo de vida más afectado.
- En las reuniones con adultos mayores, incorporar un momento de realización de actividades físicas, por grupos, considerando a quienes pueden movilizarse con actividades aeróbicas y a quienes tengan dificultades para movilizarse, con actividades pasivas, de fortalecimiento muscular.
- Fomentar en los adultos mayores actividades de relajación y desestrés; promoviendo la visualización de lugares de su agrado, control de la respiración y motivar las reuniones con niños a quienes puedan compartir sus experiencias de aprendizaje, juegos y cuentos andinos; que les permita reconocer la importancia de sus años vividos y el valor de su experiencia, fomentando su autovaloración.

AL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 ATUNCOLLA.

- Que en sus reuniones incluya la realización de ejercicios físicos (yoga, taichi, bailar, caminatas, etc.) de acuerdo a la condición de salud de cada adulto mayor.
- Realizar dinámicas para adultos mayores (juegos de mesa, ajedrez, manualidades, contar experiencias, etc.) interviniendo en el manejo del estrés y autorrealización, para favorecer y estimular su bienestar físico, cognitivo y emocional.

A LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD ENFERMERÍA:



- Realizar estudios de investigación comparativos a cerca del estilo de vida y estado nutricional en zona urbana y rural en el sur del Perú.
- Realizar estudios de investigación sobre el estilo de vida asociando a otras variables u otros grupos etarios.
- A los estudiantes que llevan el curso de adulto ambulatorio realizar intervenciones a cerca de manejo del estrés, autorrealización y actividad física.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serrano M. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala. [Online]. Tesis. [Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2018. Available from: <https://bit.ly/2ATFIYe>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. situación de salud de la población adulta mayor [Online]; 2012. [Cited 2019 jun 02]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib114/6/libro.pdf
3. Mamani K. Relación de los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud I-3 Coata. Tesis. [Puno – Perú]: Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
4. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Valoración nutricional en el anciano. [Online]. 2016 [Cited 2019 jun 08]. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/valoracion_nutricional_anciano.pdf
5. Reyes V, Sotomayor S, González L. Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D.F. Medigraphyc artemis. [Internet] 2007 [Cited 2019 abr 28]; 1: 27- 31.
6. Arias A, Céller T. Relación entre el estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores que asisten al hogar de los abuelos Cuenca 2017. Tesis. [Cuenca - Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2018. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30569/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>



7. Taco S, Vargas R. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el Distrito de Polobaya Arequipa 2015. [Online]. Tesis. [Perú]: Universidad Nacional San Agustín; 2015. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/379/M-21587.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Romero S. Estilos de vida y estado nutricional en personas adultas mayores, usuarios del programa de adulto mayor del puesto de salud Churubamba. Tesis. [Huánuco - Perú]: Universidad de Huánuco; 2016.
9. Diaz K. estilos de vida y estado nutricional del Adulto mayor EsSalud – Cajamarca. [Online]. Tesis. [Perú]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. Available from: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/955/T016_70205150_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Chahua F. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de Cooperativa Huancaray. Tesis. [Lima - Perú]: Universidad Cesar Vallejo; 2018.
11. Defensoría del pueblo, envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. [online]; 2019. [Cited 2021 jun 02]. Available from: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/IA-N%C2%B0-006-2019-DPAAE-ENVEJECER-EN-EL-PER%C3%9A.pdf>
12. Moncada E. Mogollón M. Deterioro cognitivo y estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar – 2017. [Online] Tesis. [Trujillo - Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018. Available from: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3749/1/RE_ENFE_ELIZABETH.MONCADA_MARIANA.MOGOLLON_DETERRIORO.COGNITIVO_DATOS.PDF



13. Zanabria M. Relación de los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 del distrito de Paucarcolla – Puno 2015. [Online] Tesis. [Perú]: Universidad Nacional del Altiplano; 2017. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4525/Zanabria_Ticono_Mabel_Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Giraldo A, Toro M, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, hacia la Promoción de la Salud. 2010 [Cited 2019 sept 02]; 1. 43-128.
15. Walker N. KS y NP. Estilos de vida. UNMC. 1995; 2da (8).
16. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. el modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria [internet]. 2011 [Cited 2022 ener 22]; 8: 16 – 23. Available from: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248/242>
17. Álvarez J, Cuenllas A, Gómez F, López M, Mañas C, Ruiz D, Sánchez B. Alimentación y nutrición saludable en los mayores Mitos y realidades. [Online] 2011 [Cited 2019 May 28]. Available from: <file:///C:/Users/Arturo/Downloads/GUÍA%20ALIMENTACIÓN%20Y%20NUTRICIÓN%20SALUDABLE.PDF>.
18. Servicio Nacional del consumidor. Nutrición y cuidados del adulto mayor, recomendaciones para una alimentación saludable. [Online]. [Cited 2021 may 22]. Available from: [Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf](#)
19. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Guía técnica alimentaria para personas adultas mayores. [Online]. [Cited 2021 jun 01]. Available from: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Guia_alimentaria.pdf



20. León J. Estrategia educativa para mejorar el estado nutricional del adulto mayor Residente en el hogar de ancianos Instituto Estupiñán. [Online] Tesis. [Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2015. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/507/1/TUAMED048-2015.pdf>
21. Sociedad Española de geriatría y gerontología. Nutrición en el anciano, guía de buena práctica clínica en geriatría. [Online] 2013. [Cited 2021 jul 05]. Available from: [guía_NESTLE \(3\).pdf](#)
22. López J, Martínez J, Ramos P, Redondo P, Camina A, López R, Aranceta J. Guía de buena práctica clínica en geriatría, alimentación, nutrición e hidratación en adultos mayores. [Online] 2015 [Cited 2021 nov 25]. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/Guia_ALIMENTACION_NUTRICION_E_HIDRATACION.pdf
23. Calderón A. Estado nutricional y practicas sobre alimentación saludable en adultos mayores que asisten al consultorio geriátrico, hospital Antonio Lorena. Tesis. [Cusco - Perú]: Universidad Andina del Cusco; 2018.
24. Propesca. Proyecto Apoyo a la Pesca Artesanal, la Acuicultura y el Manejo Sostenible del Ambiente, Manual de alimentación consume pescado, es mejor. [Online] 2010. [Cited 2018 oct 11]. Available from: chrome-extension://ohfgljdgelakfkefopgklcohadegdpjf/http://www2.produce.gob.pe/RepositorioAPS/1/jer/PROPESCA_OTRO/difusion-publicaciones/material-elaborado-itp/Manual-de-alimentacion-Consume-Pescado-es-Mejor.pdf
25. Dirección general de calidad. Guía de recomendaciones al paciente: Hábitos saludables en la persona mayor. [Online]; 2006 [Cited 2019 Jun 01]. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content->



- [disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=17habitos_saludables_mayores.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalRamonCajal&blobke.](#)
26. Arechabala M. social. Promoción en salud y envejecimiento activo. Jornada internacional de Enfermería gerontológica y geriátrica de la V región. [Online]; 2007 [Cited 2019 may 05]. Available from: [https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/3/2738.](https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/3/2738)
27. Instituto Mexicano del seguro social. Nutrición en adultos mayores. [Online]; 2011 [Cited 2019 may 15]. Available from: [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_a_dultosmay_nutricion.pdf.](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_a_dultosmay_nutricion.pdf)
28. Salinas J. Promoción de la salud y actividad física. Panamericana de la Salud Publica. 2006 oct; 14(4).
29. Organización mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Online]; 2012 [Cited 2019 jun 24]. Available from: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/.](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/)
30. Reyes B. Factores del estilo de vida [monografía]. [España]: Hospital Clínico Universitario; 2012.
31. MedlinePlus. Enciclopedia médica. [Online].; 2017 [Cited 2019 may 05]. Available from: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001942.htm.](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001942.htm)
32. Thomae, H. Haciéndole frente al estrés en la vejez. Revista Latinoamericana de Psicología. (2002). 1, 42-54. Available from: <chrome-extension://ohfgljdgelakfkefopgkclcohadegdpjf/https://www.integracion-academica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estres%20-%20LBuitrago%20LCordon%20LCortes.pdf>



33. Iniesta A. Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del trabajo. [Online]; 2016 [Cited 2019 abr 17]. Available from: <https://www.diba.cat/documents/467843/84449103/GuiaManejoEstres.pdf/eaaa8855-d85c-40dc-8492-b998112989e0>.
34. Zarate P, Díaz V. Revista médica de Chile. [Online]. [Cited 2020 may 30]; 2: 18 – 29. Available from: chrome-extension://ohfgljdgelakfkefopgkclcohadegdpjf/http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/583/CAMACHO%20RAMOS%2C%20CARITO%20YUSBELI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Cutipé Y. Beneficios físicos y psicológicos del Taichi [Internet]. [Cited 2018 dic 10]. p.1. Available from: <http://www.movimientoysalud.es/beneficios-fisicos-y-psicologicos-del-taichi/>
36. Navarra J. El estrés. Instituto de Salud Pública [Online]; 2002 [Cited 2019 jun 26]. Available from: <http://files.sld.cu/bmn/files/2014/07/estresfolleto.pdf>.
37. Spitz R. El primer año de vida del niño: Genesis de las primeras relaciones objétales [Madrid]; 1966.
38. Ponte M. Estilo de vida de los estudiantes de Enfermería. Tesis. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
39. Camacho K. Estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del AA. HH Fraternidad. Tesis. [Chimbote - Perú]: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
40. Sociedad Española de gerontología y geriatría. Guía practica del buen trato a las personas mayores. [Online].; 2011 [Cited 2019 may 18]. Available from: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/C>



entrosDia/SEGG.%20GUIA%20BUEN%20TRATO%20A%20PERSONAS%20MAYORES.pdf.

41. Polanco K. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la Comunidad Señor de Palacios. Tesis. [Chimbote – Perú]: Universidad Católica los Ángeles; 2009.
42. Mayor A. Autorrealización en la vejez. [Online].; 2017 [Cited 2019 jul 03]. Available from: <https://aulamayor.com/2017/10/31/autorrealizacion-en-la-vejez/>.
43. Nadia M. Envejeciendo por fuera, pero joven por dentro. [Online].; 2012 [Cited 2019 agost 04. Available from: <http://entendiendolaedaddeoro.blogspot.com/2012/06/necesidad-de-autorrealizacion.html>.
44. Espinoza F. Estilos de vida y depresión en adultos mayores de EsSalud Sullana. Tesis. [Cajamarca - Perú]: Universidad privada Antonio Guillermo; 2016.
45. Saravia M. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Hum Med. 2016 nov; 5(2).
46. Cuba M. 30 años de la carta de Ottawa. Acta.Med-Peru. 2017 ener; 34(1).
47. Vera J. Estilos de vida de Internos de Enfermería de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte Comas. Tesis. [Perú]: Universidad Cesar Vallejo; 2017.
48. Vigil K. Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor de la Ciudad de Chota. Tesis. [Cajamarca - Perú]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2014.
49. Fernández X. Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES. [Online]; 2007 [Cited 2019 jun 01]. Available from: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetEstilosDeVidaYFactoresDeRiesgoPaLaSaludDeLasPers-2488424.pdf>.



50. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. [Online].; 2013 [Cited 2019 abr 18]. Available from: https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Valoraci%C3%B3n_nutricional_antropom%C3%A9trica_persona_adulta_mayor.pdf
51. Estado Plurinacional de Bolivia. Guía alimentaria para el adulto mayor. [Online]; 2014 [Cited 2019 marz 24]. Available from: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p346_g_dgps_uan_GUIA_ALIMENTARIA_PARA_EL_ADULTO_MAYOR_1.pdf.
52. Dedvay N. Estado nutricional por etapas de vida en la población peruana [Lima]: Ministerio de Salud; 2015.
53. Plaza A. Estilo de vida de los adultos mayores en la Sede Social del Instituto Ecuatoriano Seguridad Social de la Ciudad de Esmeraldas. Tesis. [Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas; 2017.
54. Gonzales J. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa dispensario Santa Francisca Romana. Tesis. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
55. Salud Md. Lineamientos para la atención Integral de la Salud personas adultas mayores. [Online].; 2006 [Cited 2019 feb 15]. Available from: https://www.minsa.gob.pe/Especial/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf.
56. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Nota descriptiva No, 311. 2015. Available from: <https://goo.gl/uCs54w>
57. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. 2013. Available from: <https://goo.gl/duC6jU>



58. Hernández M. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Universidad Valladolid Facultad de Enfermería. [Internet]. 2016; Available from: <https://goo.gl/6Nw7CQ>
59. Cid PH; Merino J, Stiepovich J. Factores biológicos y psicosociales de predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev med Chile [Internet]. 2006 [Cited 2022 ener 21]; 134(12): [1491 - 1499]. Available from: <http://bit.ly/yQukZd>



ANEXOS

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	TIPO Y DISEÑO	TÉCNICA E INSTRUMENTO
<p>¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – Atuncolla?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – Atuncolla 2019.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar el estilo de vida del adulto mayor según modelo Nola Pender, en las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud. Evaluar el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – Atuncolla, a través del índice de masa corporal (IMC). 	<p>Existe relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – Atuncolla 2019.</p>	<p>Variable independiente: Estilo de vida</p> <p>DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimentación Actividad y ejercicio Manejo del estrés Apoyo interpersonal Autorrealización Responsabilidad en salud <p>Variable dependiente: Estado nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> Índice de masa corporal 	<p>Tipo de investigación: descriptivo-analítico.</p> <p>Diseño de investigación: correlacional no experimental.</p> <p>Población y muestra: Población. La población estuvo conformada por 254 adultos mayores. Muestra. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, considerando 94 adultos mayores.</p>	<p>Técnicas: Para identificar el estilo de vida se utilizó la encuesta y para el estado nutricional la observación.</p> <p>Instrumentos: para el estilo de vida se utilizó el cuestionario de escalas de estilo de vida de Pender, para el estado nutricional se utilizó una ficha de evaluación nutricional.</p> <p>Diseño estadístico para la comprobación de hipótesis: fue el diseño estadístico Chi-cuadrada de Pearson.</p>



ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El título de la investigación: ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR BENEFICIARIO DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 - ATUNCOLLA 2019. La presente investigación es conducida por el bachiller de Enfermería, Brigith Maytee Hancoo Qquelcca.

El objetivo del estudio es determinar la relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019.

La participación en el estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que para esta investigación.

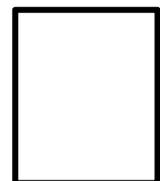
Si usted accede a participar en el estudio se le pide responder las preguntas del cuestionario, posteriormente se realizará la medición del peso y talla, sin ningún costo.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente tiene el derecho de retirarse en el momento que desea. Si alguna de las preguntas le parece incómoda durante la encuesta. Tiene usted el derecho de hacerlo saber al investigador y preguntar cualquier duda. Esto tomará aproximadamente 20 a 25 minutos de su tiempo.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera los de este estudio sin mi consentimiento.

.....
Firma de la investigadora

.....
Firma del participante





ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCALA DE ESTILOS DE VIDA

Buenos días Sr(a), reciba Ud. mi cordial saludo, soy egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, vengo realizando una encuesta sobre los estilos de vida para poder identificar sus necesidades y contribuir a mejorar su salud. Así mismo le informo que esta encuesta es confidencial, por lo cual le pido sea lo más sincero(a) posible.

Instrucciones:

- No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es su forma de vivir. Por favor, no dejar preguntas sin responder.
- Marca con una X la letra que corresponda a la respuesta que refleje mejor su forma de vivir.

N = NUNCA A = A VECES F = FRECUENTEMENTE S = SIEMPRE

N°	ITEMS	CRITERIOS			
		N	A	F	S
	ALIMENTACION				
1	En el día usted desayuna.				
2	En el día usted almuerza.				
3	En el día usted cena.				
4	En el día consume frutas o verduras.				
5	En el día consume carne leche queso, menestras (lenteja, poroto, frijoles).				
6	En el día usted consume arroz papa chuño.				
7	Bebe de 4 a 8 vasos de agua al día.				
8	Entre el desayuno y el almuerzo o el almuerzo y la cena consume frutas.				



9	En un día común, utiliza condimentos para mejorar el sabor de la comida (comino, pimienta, ají, otros).				
10	Revisa las etiquetas de las comidas empaquetadas o enlatadas, como por ejemplo leche, atún, conservas (atún), avena, otros; para identificar los ingredientes que contiene.				
ACTIVIDAD Y EJERCICIO		N	A	F	S
11	Diariamente realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo: como bailar, utilizar escaleras, caminar después de almorzar, trabajar la tierra, etc.				
12	En un día usted realiza ejercicios por lo menos 20 minutos.				
13	Durante la semana hace ejercicio al menos tres días por 20 minutos a más.				
MANEJO DEL ESTRÉS		N	A	F	S
14	Identifica las situaciones que le causan preocupación en su vida.				
15	Conversa sobre lo que le preocupa con otras personas.				
16	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: dormir un momento antes o después del almuerzo, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.				
APOYO INTERPERSONAL		N	A	F	S
17	Se comunica con los demás: familiares, vecinos, amigos, etc.				
18	Mantiene buena comunicación sin tener problemas con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.				
19	Comenta sus deseos e inquietudes con familiares, vecinos amigos, etc.				
20	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de su familia.				
AUTORREALIZACION		N	A	F	S
21	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.				
22	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
23	Realiza actividades que le agrada, lo hace sentir feliz y que favorece su bienestar (bailar, viajar, caminar, manualidades, taichí)				
RESPONSABILIDAD EN SALUD		N	A	F	S
24	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.				
25	Cuando presenta dolor o malestar acude al establecimiento de salud.				
26	Toma medicamentos, solo recetados por el médico.				



27	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.				
28	Participa en actividades de salud como: capacitaciones, charlas, campañas de salud, reuniones de salud.				
29	Consume: cigarro, alcohol y/o drogas.				
	SUBTOTAL				
	PUNTAJE TOTAL				

CRITERIOS DE CALIFICACION:

NUNCA = 1, A VECES = 2, FRECUENTEMENTE = 3, SIEMPRE = 4.

En el ítem 29 el criterio de calificación el puntaje es al contrario N= 4. V=3, F=2, S=1

Puntaje máximo = **116 PUNTOS**

Estilo de vida saludable = 87 a 116 PUNTOS

Estilo de vida no saludable = 29 a 86 PUNTOS

RESULTADO: _____

ANEXO N° 5

Confiabilidad del instrumento: Apreciación del instrumento por juicio de expertos

Investigación: ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR BENEFICIARIO DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 - ATUNCOLLA 2019.

Puntuaciones de los expertos:

CRITERIOS DE EVALUACION	EXPERTOS		
	1	2	3
I1	1	1	1
I2	1	1	1
I3	1	1	1
I4	1	1	1
I5	2	1	1
I6	1	1	1
I7	2	2	1
I8	2	2	2
I9	1	1	1

Escala: 4: Muy buena; 5: Excelente

Estadístico de prueba:

Coefficiente de Kendall: Mide el grado de asociación entre varios conjuntos (k) de N entidades. Es útil para determinar el grado de acuerdo entre varios jueces, o la asociación entre tres o más variables.

Fórmula de cálculo:

$$w = \frac{S}{1/12 K^2 (N^3 - N) - K \sum Li}$$

Donde:

w = coeficiente de concordancia de Kendall.

S = suma de los cuadrados de las diferencias observadas con respecto a un promedio.

N = Tamaño de la muestra

K = número de variables incluidas.

Li = sumatoria de las ligas o empates entre los rangos.

Resultados: Obtenidos por software estadístico SPSS v. 22



Estadísticos de prueba

N	3
W de Kendall ^a	,750
Chi-cuadrado	18,000
G1	8
Sig. Asintótica	,021

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

El estadístico de Kendall, señala la no existencia de concordancia estadística ($p < 0.05$) entre los 3 expertos, puesto que el primer juez observó 3 indicadores, el segundo 2 y el tercero 1.

Favorable = 1

Desfavorable = 2



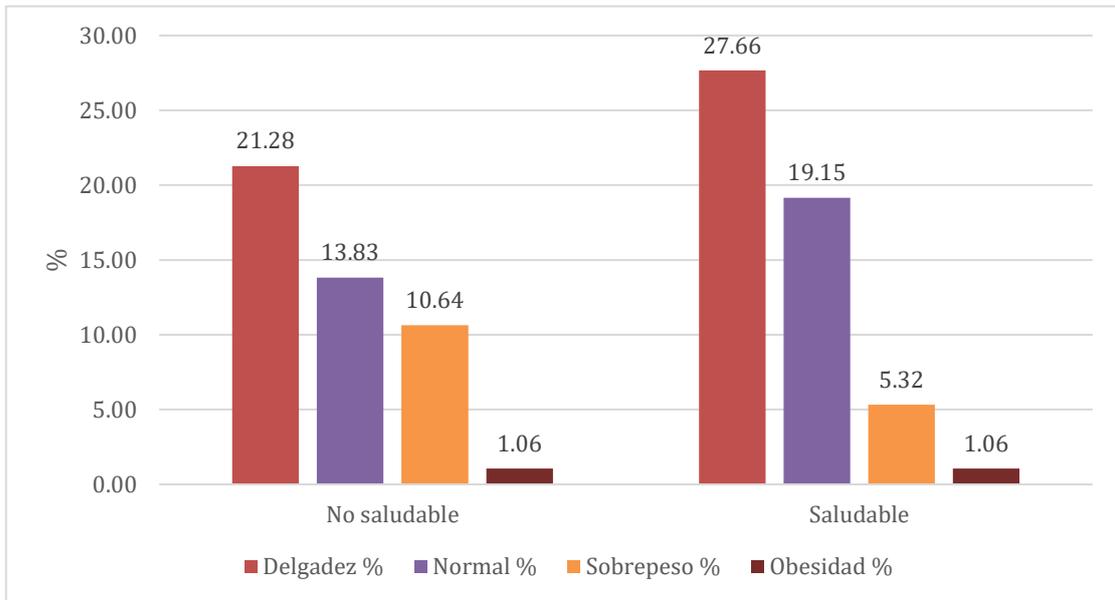
ANEXO N° 6

Matriz básica de datos

N° de adulto	IMC	Estilo de vida	N° de adulto	IMC	Estilo de vida
1	Normal	Saludable	48	Normal	No saludable
2	Delgadez	Saludable	49	Normal	Saludable
3	Delgadez	Saludable	50	Normal	No saludable
4	Delgadez	Saludable	51	Normal	No saludable
5	Normal	Saludable	52	Delgadez	Saludable
6	Normal	Saludable	53	Sobrepeso	No saludable
7	Sobrepeso	Saludable	54	Delgadez	No saludable
8	Normal	Saludable	55	Normal	No saludable
9	Delgadez	Saludable	56	Delgadez	Saludable
10	Delgadez	Saludable	57	Delgadez	No saludable
11	Normal	Saludable	58	Delgadez	No saludable
12	Normal	Saludable	59	Normal	Saludable
13	Delgadez	Saludable	60	Obesidad	No saludable
14	Delgadez	Saludable	61	Sobrepeso	No saludable
15	Delgadez	Saludable	62	Normal	No saludable
16	Delgadez	Saludable	63	Normal	No saludable
17	Sobrepeso	Saludable	64	Delgadez	Saludable
18	Delgadez	Saludable	65	Delgadez	No saludable
19	Normal	Saludable	66	Delgadez	No saludable
20	Normal	Saludable	67	Normal	Saludable
21	Sobrepeso	Saludable	68	Normal	Saludable
22	Normal	Saludable	69	Delgadez	No saludable
23	Sobrepeso	Saludable	70	Normal	No saludable
24	Normal	Saludable	71	Sobrepeso	No saludable
25	Delgadez	Saludable	72	Normal	Saludable
26	Delgadez	Saludable	73	Normal	Saludable
27	Normal	Saludable	74	Delgadez	No saludable
28	Obesidad	Saludable	75	Delgadez	Saludable
29	Delgadez	Saludable	76	Delgadez	Saludable
30	Delgadez	Saludable	77	Delgadez	No saludable
31	Sobrepeso	Saludable	78	Normal	No saludable
32	Delgadez	Saludable	79	Delgadez	No saludable
33	Delgadez	Saludable	80	Sobrepeso	No saludable
34	Delgadez	Saludable	81	Delgadez	No saludable
35	Delgadez	No saludable	82	Sobrepeso	No saludable
36	Delgadez	No saludable	83	Normal	No saludable
37	Sobrepeso	No saludable	84	Sobrepeso	No saludable
38	Delgadez	Saludable	85	Delgadez	No saludable
39	Delgadez	No saludable	86	Sobrepeso	No saludable
40	Normal	No saludable	87	Delgadez	No saludable
41	Delgadez	No saludable	88	Normal	No saludable
42	Sobrepeso	No saludable	89	Normal	No saludable
43	Delgadez	Saludable	90	Normal	Saludable
44	Delgadez	Saludable	91	Delgadez	Saludable
45	Normal	No saludable	92	Delgadez	No saludable
46	Sobrepeso	No saludable	93	Delgadez	No saludable
47	Delgadez	No saludable	94	Delgadez	No saludable

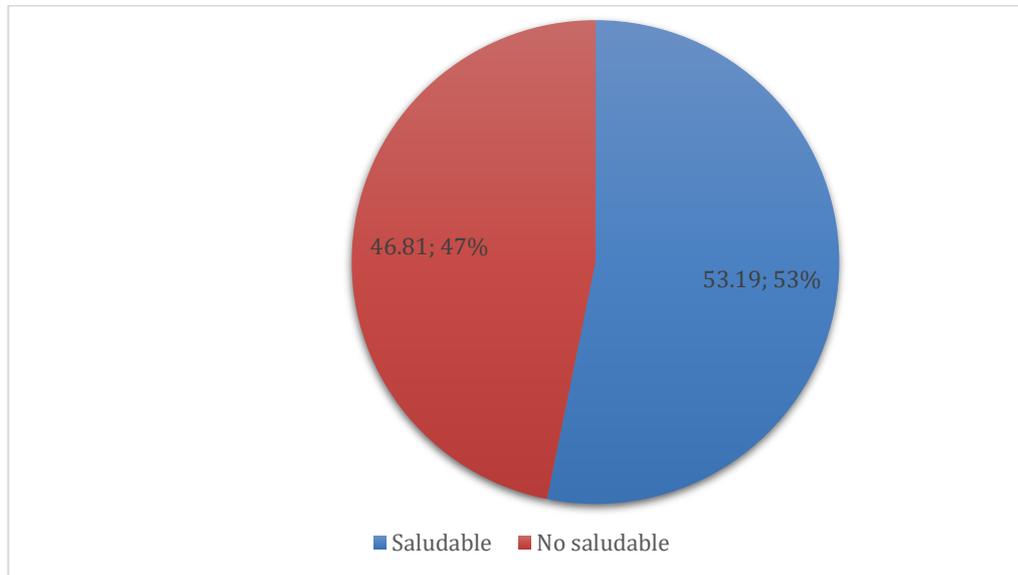
ANEXO N° 7

Figura 1. Relación entre el estilo de vida según modelo Nola Pender y el estado nutricional en adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019.



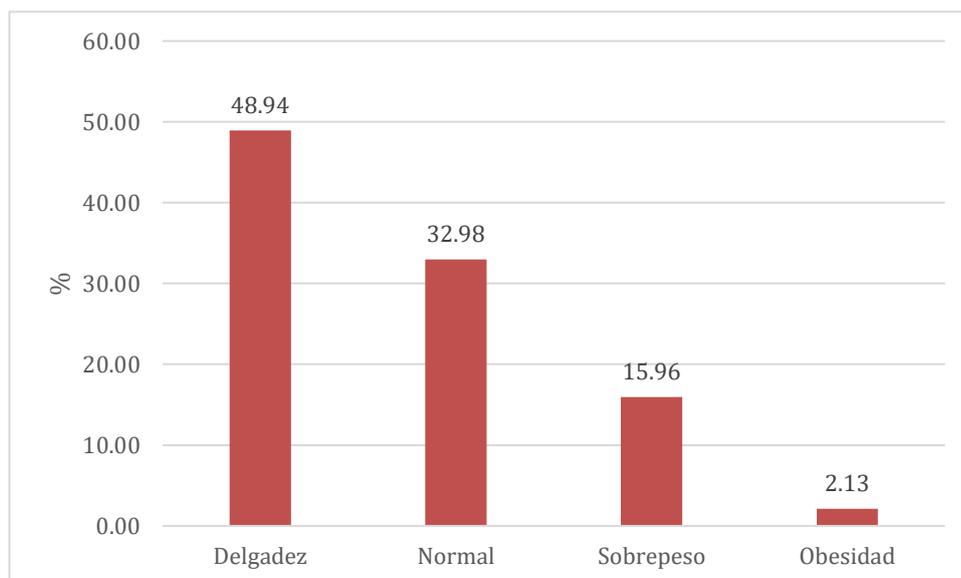
Fuente: encuesta a adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019.

Figura 2. Estilo de vida del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – Atuncolla 2019.



Fuente: encuesta de adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria pensión 65 - Atuncolla 2019.

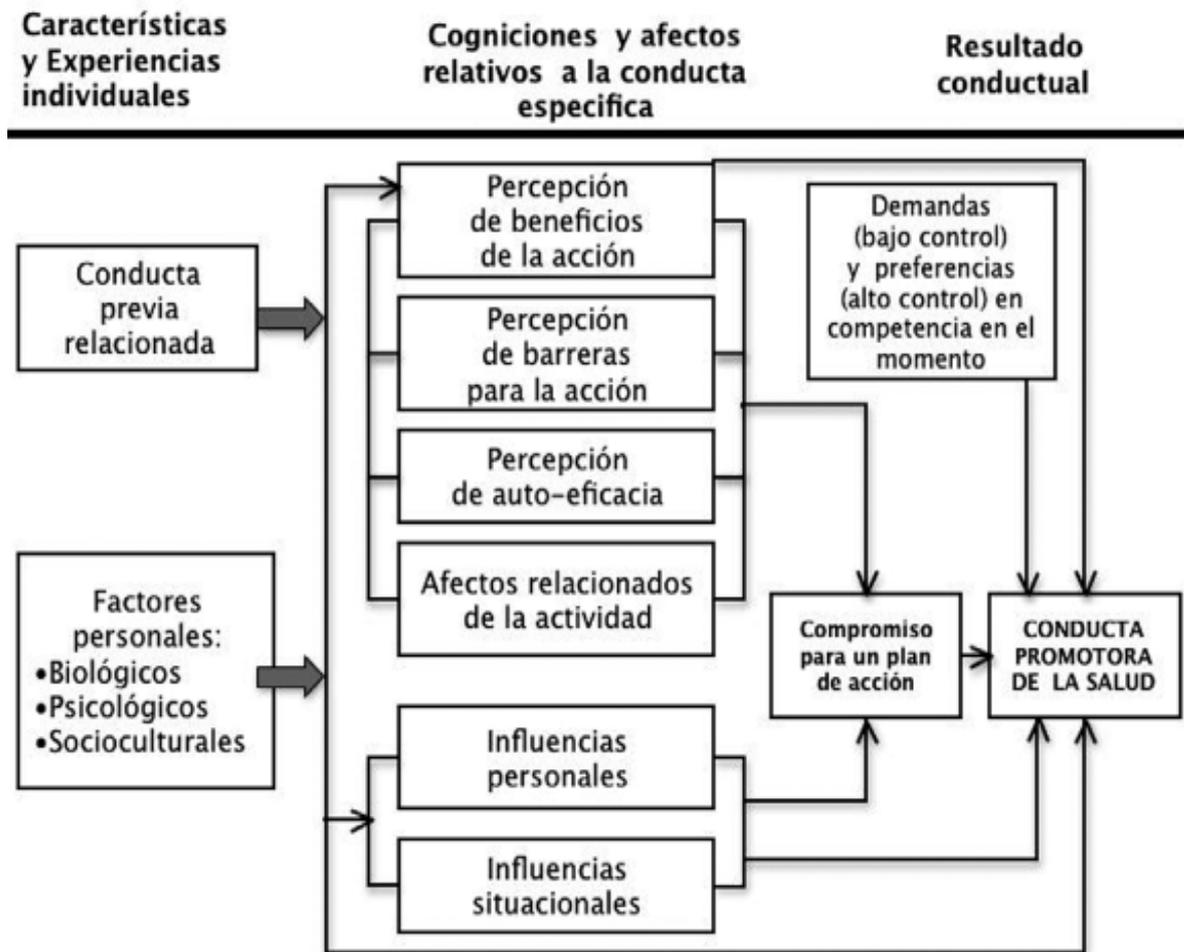
Figura 3. Estado nutricional del adulto mayor beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla, a través del Índice de Masa Corporal (imc).



Fuente: encuesta de adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria pensión 65 - Atuncolla 2019.

ANEXO N°8

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER



Fuente: Modelo de promoción de la salud de Pender 1996. En: Cid HP, Merino JE, Stiepovioch JB (59)