

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA**



**“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”**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MABEL ROCIO ZANABRIA TICONA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA

“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”.

TESIS

Presentado por

Bach. MABEL ROCIO ZANABRIA TICONA

Para optar el Título Profesional de

LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA

Sustentada el 24 de enero del 2017

APROBADO POR EL JURADO DICTAMINADOR



PRESIDENTE	:	 ----- M. SC. TATIANA P. VALDIVIA BARRA
PRIMER MIEMBRO	:	 ----- Mg. GRACIELA V. TICONA TITO
SEGUNDO MIEMBRO	:	 ----- Lic. JOSÉ ANTONIO TOVAR VASQUEZ
DIRECTOR DE TESIS	:	 ----- Lic. EDUARDO CABELLO YACOLCA
ASESOR DE TESIS	:	 ----- Dr. JUAN REYNALDO PAREDES QUISPE

Área: Nutrición Pública

Tema: Promoción de estilos de vida

DEDICATORIA

A dios por guiar mis pasos y haberme permitido dar este paso tan importante en mi vida.

A mis padres Victoria y Fidel 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 hermanos Edson, Omar y Gonzalo por su apoyo incondicional, confianza y estar siempre presentes.

A toda mi familia y aquellas personas que estuvieron siempre a mi lado apoyándome.

A mis amigos y compañeros que compartieron sus conocimientos y momentos de alegría.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por ser mi alma mater estudiantil y brindarme la oportunidad de ser profesional.

A mis maestros de la Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Nutrición Humana, por su entrega a la docencia y el haberme enseñado a amar mi profesión durante mi formación profesional.

A mis jurados de tesis, por haberme brindado sus conocimientos y haber tenido paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al Sr. Alcalde de la Municipalidad Distrital de Paucarcolla, por su apoyo incondicional y permitir la ejecución de la investigación en uno de los programas sociales de su prestigiosa Institución.

A todos los adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 del Distrito de Paucarcolla de la Provincia de Puno, que colaboraron con brindarme información y permitir la realización de la presente investigación.

Finalmente agradecer a mis amigas por brindarme su amistad, que durante la vida estudiantil fueron fuente de fortaleza y desarrollo de momentos únicos, de gran apoyo y optimismo para la superación y logro de la culminación de la vida universitaria.

GRACIAS

ÍNDICE

INTRODUCCION

RESUMEN

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Antecedentes	14
1.3. Justificacion.....	20

CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Marco teorico	21
2.2. Marco conceptual	38
2.3. Hipotesis:.....	40
2.4. Objetivos	40
2.4.1. Objetivo general:	40
2.4.2. Objetivos específicos:	40

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio:	41
3.2. Lugar de estudio	41
3.3. Población y muestra:	41
3.4. Variables.....	43
3.5. Metodos, tecnicas, e instrumentos para la recoleccion de datos:	44
3.6. Procesamiento de la informacion	44
3.7. Aspectos éticos	48
3.8. Análisis de los datos	48
3.9. Diseño y análisis estadístico.....	49

CAPITULO IV: CARACTERÍSTICAS DE ÁREA DE INVESTIGACIÓN

4.1. Ambito de estudio	51
------------------------------	----

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1. Identificación de los estilos de vida de los adultos mayores beneficiarios del programa de asistencia solidaria pensión 65 del distrito de Paucarcolla.	52
5.2. Evaluación del estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del programa de asistencia solidaria pensión 65 del distrito de Paucarcolla.	67
5.3. 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.	75
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
ANEXOS.....	86

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 01

Clasificación de la Valoración nutricional de las personas Adultas mayores según Índice de Masa Corporal (IMC)34

CUADRO N° 02

Clasificación de Riesgo de Enfermar según sexo y Perímetro Abdominal.....35

CUADRO N° 03

Valores Recomendados de Grasa Corporal.....36

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01

Estilos de vida según la dimensión alimentación de los adultos mayores, beneficiarios del programa pension 65 del distrito de Paucarcolla - Puno, 2015.52

TABLA N° 02

Estilos de vida según dimensión actividad y ejercicio de los adultos mayores beneficiarios del programa pension 65 del distrito de Paucarcolla - Puno, 2015.55

TABLA N° 03

Estilos de vida según dimensión manejo del estrés de los adultos mayores beneficiarios del programa pension 65 del distrito de Paucarcolla - Puno, 2015.57

TABLA N° 04

Estilos de vida según dimensión apoyo interpersonal de los adultos mayores beneficiarios del programa pension 65 del distrito de Paucarcolla - Puno, 2015.59

TABLA N° 05

Estilos de vida según dimensión autorrealización de los adultos mayores beneficiarios del programa pension 65 del distrito de Paucarcolla - Puno, 2015.61

TABLA N° 06

Estilos de vida según dimensión responsabilidad en salud de los adultos mayores beneficiarios del programa pension 65 del distrito de Paucarcolla - Puno, 2015.63

TABLA N° 09

Evaluación del estado nutricional según porcentaje de grasa corporal de los adultos mayores70

TABLA N° 10

Perímetro abdominal de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pension 65 del distrito de Paucarcolla - Puno, 2015.73

TABLA N° 11

Relación de los estilos de vida según dimensiones con el índice de masa corporal de los adultos mayores.75

TABLA N° 12

Relación de estilos de vida según dimensiones con el porcentaje de grasa corporal de los adultos mayores.77

TABLA N° 13

Relación de los estilos de vida según dimensiones con el perímetro abdominal de los adultos mayores.78

RESUMEN

El presente estudio titulado “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”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional. El tipo de estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. Se utilizó el método del cuestionario y la evaluación nutricional, la técnica de la entrevista y antropométrica; y como instrumento se elaboró una encuesta de escalas de estilo de vida, para las mediciones antropométricas la balanza digital, tallímetro, cinta métrica y el bioimpedanciómetro. La prueba estadística fue la Ji cuadrado de Pearson, el cual permitió relacionar las variables: Estilo de vida con el estado nutricional. Los resultados fueron que el 20% del total de los adultos mayores presenta estilos de vida saludable y el 80% presenta estilos de vida no saludable, siendo el predominante. Según el IMC, se obtuvo que el 32.72% presenta delgadez, el 47.30% presenta un IMC normal, 13.62% presenta sobrepeso y el 6.36% presenta obesidad; al respecto de la grasa corporal, el 16.36% presenta un porcentaje de grasa corporal bajo, el 44.54% presenta un porcentaje de grasa corporal normal, el 23.63% presenta un porcentaje de grasa corporal alto y el 15.45% presenta un porcentaje de grasa corporal muy alto. Asimismo, el 23.63% presenta perímetro abdominal bajo, el 29.09% presenta perímetro abdominal alto y el 47.28% presenta perímetro abdominal muy alto. Por último al relacionar la variable estilos de vida con el estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 se encontró que la $X^2_c(42.55) > X^2_c(6.64)$ por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula. Por lo que, los estilos de vida si tiene relación con el índice de masa corporal, grasa corporal y perímetro abdominal.

PALABRA CLAVES: Estilos de vida, alimentación, actividad física, estrés, salud, autorrealización, adulto mayor.

SUMMARY

The present study entitled "Relationship of lifestyles and nutritional status of the elderly beneficiaries of the National Program of Solidarity Assistance Pension 65 of the district of Paucarcolla - Puno 2015". It aimed to determine the relationship between lifestyle and nutritional status. The type of study was of application level, quantitative type, descriptive and cross-sectional method. We used the method of interview and nutritional assessment, the survey technique and anthropometry; And as a tool a questionnaire of lifestyle scales was elaborated, for the anthropometric measurements the digital balance, tallimeter, tape measure and the bio-impedanciometer. The statistical test was the Chi square, which allowed to relate the variables: Lifestyle with nutritional status. The results were that 20% of the total of older adults presented healthy lifestyles and 80% presented unhealthy lifestyles, being the predominant one. According to the BMI, 32.72% presented thinness, 47.30% presented normal BMI, 13.62% were overweight and 6.36% presented obesity; With respect to body fat, 16.36% have a low body fat percentage, 44.54% have a normal body fat percentage, 23.63% have a high body fat percentage and 15.45% have a body fat percentage High. Also, 23.63% have abdominal perimeter Low, 29.09% have high abdominal perimeter and 47.28% have very high abdominal perimeter. Finally, when the variable life-styles were related to the nutritional status of the elderly beneficiaries of the national pension assistance program 65, it was found that $X_c^2(42.55) > X_f^2(6.64)$, whereby the hypothesis Alternates and rejects the null.. So, lifestyle is related to the Body Mass Index, body fat and abdominal perimeter.

KEY WORD: Lifestyle, diet, physical activity, strés, health, self

INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a partir del año 1996, denomina a las personas mayores de 60 años, grupo poblacional “personas adultas mayores”, de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por la Asamblea General. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años. (1)

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%, (2) Asimismo, se señala que, a comienzos del presente siglo, la población adulta mayor sumaba unos 600 millones de personas (10% de los 6 mil millones de seres humanos que hay en la tierra) y se estima que esta cantidad para el año 2025, llegará a 1.2 mil millones o 14.9% de la población mundial. (3)

A nivel nacional, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), mientras que en el año 1990 la población adulta mayor era de 1 millón trescientos diecisiete mil personas, equivalente al 6.1% de la población total del país; en el año 2015 según el INEI las personas adultas mayores representaron el 9,2% de la población total del país, es decir, 2 millones 807 mil 354 personas sobrepasaron el umbral de 60 y más años de edad. (4)

En la actualidad, las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables que conllevan al sobrepeso, obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Cabe resaltar que la obesidad es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la población adulta, constituyendo un grave problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen más de 300 millones de adultos con obesidad en todo el mundo y la prevalencia de la obesidad en todo el mundo casi se ha duplicado entre 1980 y 2014, si no se toman medidas será una epidemia en el año 2030. (5)

De este modo, es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, a curarla de una enfermedad. La detección temprana de factores de riesgo (presión sanguínea elevada, nivel alto de colesterol), junto con la promoción de estilos de vida saludables (no

fumar, una buena nutrición, hacer ejercicios) optimiza la prevención, sin lugar a dudas, la relación costo-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud. (3)

El estilo de Vida, es el resultado de la relación entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta: hábitos nutricionales y tóxicos se refiere a la manera particular de un individuo para utilizar o disponer de lo que tiene (5).

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden estar aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo de la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar (2).

Por lo tanto, investigar sobre estilos de vida y el estado nutricional resulta fundamental en la medida que se ha encontrado que esta variable, si no se practica, contribuye a la aparición de sobrepeso y obesidad, lo que constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer.

Para tener mayor comprensión, el estudio se ha estructurado en cinco capítulos fundamentales: El primer capítulo menciona las generalidades de la investigación, planteamiento del problema, formulación, antecedentes y justificación. El segundo capítulo menciona la revisión bibliográfica, marco teórico, marco conceptual, hipótesis y objetivos. El tercer capítulo corresponde a metodología de la investigación, tipo de estudio, lugar de estudio, población y muestra, operacionalización de variables, métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procesamiento de datos, pruebas estadísticas y comprobación de hipótesis, el cuarto capítulo hace referencia la caracterización del área de investigación y el quinto capítulo presenta el análisis e interpretación de resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preservación de la salud física y mental constituye una responsabilidad individual, con independencia de las acciones dirigidas a su conservación en el ciudadano y representa un deber cívico para evitar añadir una carga económica o sentimental, a corto o lejano plazo, a la familia o a la propia sociedad, dando la posibilidad de alcanzar una vejez sana, portadora de ricas y ejemplarizantes experiencias para los más jóvenes; tal legado es un estilo de vida.

El estilo de vida puede ser entendido como los hábitos de vida, la forma de vida conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud. (1)

La salud de las personas adultas se asocia al estilo de vida, debido a que el estilo de vida promotor de salud procura el bienestar del ser humano y los estilos de vida poco saludables se asocian a factores de riesgo que contribuyen a la presencia de las enfermedades. (5)

Los problemas de salud en las personas es un asunto que debe tomarse en cuenta desde la promoción y la prevención de la salud. Más aún si se considera el bajo acceso a los servicios de salud los tratamientos y las irreparables pérdidas ocasionadas por enfermedad que son prevenibles. (6)

En los países subdesarrollados los estilos de vida poco saludables son las que causan la mayoría de enfermedades. El estilo de vida que tiene la persona en sus años previos si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos tendrá problemas en su vejez, de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en la salud. (7)

La población peruana en general se encuentra en un creciente proceso de envejecimiento, existe una tendencia decreciente en cuanto al número y tasa de años de vida. Entre 1990 y

1996 se redujo la pérdida de años debido a una reducción en las enfermedades transmisibles tanto en hombres como mujeres; en la actualidad el país presenta la característica de mosaico epidemiológico, con prevalencia en enfermedades crónicas y degenerativas, en términos generales se están incrementando las enfermedades emergentes y reemergentes (malaria, dengue, TBC multidrogo resistente, SIDA, violencia social, pandillaje, consumo de drogas; entre otros). (8)

Siendo importante en el intento por controlar este problema, valorar la presencia de riesgos modificables o controlables para luego actuar en ello, considerando ajustes de los estilos de vida de las personas. (9)

Generalmente las personas de clase media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben. En cambio, los que viven en pobreza tienen sus opciones fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos. Esto nos conlleva a comportamientos que están arraigados en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social. (10)

Muchos de estos estilos de vida incluyen fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis. (11)

Las personas pueden presentar factores de riesgo sin manifestaciones clínicas por lo que se hace necesario detectarlos de manera oportuna ya que siendo modificables conocidos los resultados de la investigación se pueden desarrollar programas de prevención para disminuir su frecuencia y mejorar el estilo de vida de las personas. (12)

Por los motivos antes mencionados es de suma importancia conocer los estilos de vida y el estado nutricional que presentan los adultos mayores beneficiarios del Programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 del Distrito de Paucarcolla.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

General:

- ¿Existe relación entre 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?

Específicas:

- ¿Cuáles son los estilos de vida de los adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de asistencia solidaria pensión 65 del Distrito de Paucarcolla?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de asistencia solidaria pensión 65 del distrito de Paucarcolla?

1.2. ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL

Peña B, y Col. (2009). En su estudio “Auto percepción de estilos de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar oriente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El objetivo del presente trabajo de investigación fue conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor mediante la aplicación del Cuestionario Breve de la Calidad de Vida, considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus expectativas. Es un tipo de estudio transversal, observacional y descriptivo. Se entrevistaron 150 pacientes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, con promedio de edad de 72 años, mediante el Cuestionario Breve de la Calidad de Vida. Se obtuvieron los siguientes resultados: 32.7% de los pacientes fueron hombres. Todos los participantes tuvieron algún tipo de enfermedad, sin datos de demencia; 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular. Se concluyó que la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida. (13)

Mesa M., Miranda G. (2011). Realizaron el estudio “Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en grupos poblacionales de una Empresa Transnacional en el periodo 2005 – 2008”, tuvo como objetivo el establecer un análisis sobre estilos de vida, el ambiente laboral y los factores protectores y de riesgo entre seis diferentes grupos de trabajadores y trabajadoras de una empresa transnacional en Costa Rica. El tipo de estudio fue de tipo descriptivo y cuantitativo con la modalidad de estudio de caso colectivo. Se tuvo como resultado que el 75% de la población en estudio no tiene estilos de vida saludable, así mismo se puede concluir que el ambiente laboral puede ejercer una influencia tanto positiva como negativa para la salud. (14)

A NIVEL NACIONAL

Sánchez F. De la Cruz F. (2012). En el estudio “Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal - Lima”; tuvo como objetivo determinar la asociación de los hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico (NSE) de los adultos mayores que asisten a un Programa Municipal, el tipo de estudio fue descriptivo y transversal, tuvo lugar en el Programa Municipal del Adulto Mayor en cuatro distritos de Lima Metropolitana, participaron personas mayores de 60 años de ambos sexos. Se determinó el peso y la talla (por altura de rodilla) a 115 personas mayores de 60 años que asistían constantemente al Programa Municipal. Se les aplicó una encuesta sobre hábitos alimentarios y otra para establecer el nivel socioeconómico, ambas previamente validadas. Principales medidas de resultados: Estado nutricional según índice de masa corporal, hábitos alimentarios adecuados según recomendaciones y nivel socioeconómico según categorías de la Escala de Graffar. En los resultados se obtuvo una prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesidad (19,1%). Más de 60% presentó hábitos alimentarios inadecuados respecto al consumo de carnes (65,2%), lácteos (78,3%), menestras (87,8%), frutas y verduras (64,3%). Los adultos mayores se ubicaron principalmente en el NSE medio bajo (37%) y en el NSE medio (33%). El estado nutricional no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el NSE ($p=0,629$), mientras que, para los hábitos alimentarios, se observó asociación con el NSE respecto al consumo de carnes ($p=0,003$), cereales y tubérculos ($p=0,038$) y de frutas y verduras ($p=0,001$). Se concluyó que existe asociación entre los hábitos alimentarios con el NSE, pero no así para con el estado nutricional. (15)

Tarqui C. et al (2010). En el estudio “Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano – Lima,”. Tuvo como objetivo describir el estado nutricional en adultos mayores y su asociación con características sociodemográficas, Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico. El muestreo fue probabilístico, estratificado y multietápico. El análisis estadístico consideró la ponderación necesaria para muestras complejas. Resultados. El 26,8% presentaron delgadez, 21,7% sobrepeso y 10,6% obesidad. El analfabetismo (OR 1,9; IC 95%: 1,2-3,0), nivel educativo primario (OR 1,9; IC 95%:1,3-2,9), pobreza extrema (OR 2,0; IC 95%:1,6-2,5), residir en

área rural (OR 1,8; IC 95%:1,5-2,1), sierra (OR 1,6; IC 95%: 1,2-2,2) o selva (OR 1,6; IC 95%:1,1-2,2) fueron factores asociados a delgadez. El sexo femenino (OR 1,8; IC 95%:1,4-2,1), residir en área urbana (OR 2,0; IC 95%: 1,6-2,5) o costa (OR 1,5; IC 95%:1,2-1,8); y ser no pobre (OR 1,9; IC 95%: 1,3-2,9) se asoció a sobrepeso. El sexo femenino (OR 3,1; IC 95%: 2,3-4,1), nivel educativo primario (OR 2,4; IC 95%: 1,5-4,0) y secundario (OR 2,0; IC 95%: 1,2-3,4); vivir en área urbana (OR 2,2; IC 95%:1,6-2,9), la costa (OR 1,8; IC 95%: 1,3-2,4), Lima Metropolitana (OR 1,6; IC 95%:1,1-2,2) selva (OR 1,6; IC 95%: 1,1-2,2), y ser no pobre (OR 3,5; IC 95%:1,8-7,0) estuvieron asociados a obesidad. Conclusiones. Los datos sugieren que tanto la delgadez como el exceso de peso son frecuentes en la población de adultos mayores estudiada. (16)

Mamani G. (2012). En el estudio “Factores socioculturales que se relacionan con el estilo de vida del adulto mayor del club Virgen de las Mercedes, Tacna”; tuvo como objetivo de determinar la relación entre los factores socioculturales y el estilo de vida del adulto mayor. La investigación es de tipo cuantitativo de corte transversal, con diseño descriptivo correlacional. Para su ejecución se utilizaron 2 instrumentos, Factores Socioculturales y Estilos de Vida, los datos obtenidos fueron codificados y vaciados en una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS, analizados con la prueba del Chi- Cuadrado, siendo los resultados los siguientes 67,5%(54) de los adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable. En relación a los factores socioculturales el factor social: se observa que el 50%(40) con edades entre 60- 64 años; el 60%(48) son de sexo masculino; estado civil 45,0%(36), los adultos mayores son casados, el 56,3%(45) trabajan, el 58,8%(47) tienen un ingreso económico de 100 a 500 soles; el 51,3%(41) tienen su actividad laboral actual su casa; el 67,5% (54) tienen dependencia económica rentas propias o de familia. En el área cultural, se observa que el 42,5% (34) tiene primaria, el 46,3%(37) religión católica. Se concluye que los factores socioculturales se relacionan significativamente al estilo de vida. (17)

Aparicio P. y Delgado R. (2011), realizaron un estudio sobre “Estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización Casuarinas – Nuevo Chimbote”. El objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales de la urbanización del adulto mayor de la urbanización Casuarina – Nuevo Chimbote. Es un

estudio descriptivo correlacional, en una muestra de 130 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron: El 70 % de los adultos mayores de la urbanización Casuarinas - Nuevo Chimbote tiene un estilo de vida saludable y el 30% tienen un estilo de vida no saludable. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: sexo, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación e ingreso económico del adulto mayor en la Urbanización Casuarinas - Nuevo Chimbote. (18)

Muñoz S y Cribillero V. (2010). En su estudio “Estilo de vida y estado nutricional en el adulto mayor en el A.H. Esperanza Baja-Chimbote 2010”. Planteó como objetivo general; relacionar los estilos de vida con el estado nutricional del adulto mayor del en el A.H. Esperanza Baja-Chimbote 2010. El estudio fue descriptivo, analítico y de corte transversal. Los resultados muestran que el 34% presentaron estilos de vida buenos, 48% regulares y 18% estilos de vida malos; el 50.4% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, 42.1 % delgadez, 6.2% Sobrepeso y el 1.3 % Obesidad. (19)

Fulgencio, A. y Velasquez, H. (2012), quienes estudiaron el “Estilo de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor en el Barrio Fiscal No 5 – Chimbote, 2010” El objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor en el Barrio Fiscal No 5 – Chimbote, 2010. Es un estudio descriptivo correlacional, en una muestra de 150 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron que el 60% tienen un estilo de vida saludable y un 40% no saludable; con respecto al estado nutricional el 47% presentaron estado nutricional normal, 42% delgadez, 6% sobre peso y 5% obesidad. Hubo relación entre el estilo de vida y el estado nutricional. (20)

Camacho, V. y Gómez, I. (2010), quienes estudiaron “Estilo De Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor en la Urb. El Carmen – Chimbote, 2010”. tuvo como objetivo determinar los estilos de vida, relacionados con el estado nutricional del adulto mayor. Como resultados se tuvo que, con una muestra de 152 adultos mayores, concluyendo que el 80.9% tienen un estilo de vida saludable y un 19.1% no saludable. El 51% presentaron estado nutricional normal, 44% delgadez, 3% sobre peso y 2% obesidad. Existe relación entre los estilos de vida y el estado nutricional. (21)

A NIVEL LOCAL

Fernández Y. (2013). En su estudio “Estilos de vida y estado nutricional de adultos mayores del Centro de Apoyo Nutricional Arequipa. Setiembre 2012”, planteó como objetivo general; relacionar los estilos de vida con el estado nutricional de los adultos mayores del Centro de Apoyo Nutricional. El estudio fue descriptivo, analítico y de corte transversal. Los resultados muestran que el 73% de los adultos mayores no practican estilos de vida saludables y un 27% si lo hacen. El 37% presentan un estado nutricional normal, el 9% presentan un estado de delgadez, el 31% sobrepeso y el 3% obesidad. Realizando el análisis estadístico se concluye que existe relación estadísticamente significativa, con un nivel de significancia del 0.05%, entre los estilos de vida con el estado nutricional de los adultos mayores del Centro de Apoyo Nutricional Arequipa. (22)

Quispe N. (2014) En su estudio “Estilos de vida, hábitos alimentarios relacionados con las condiciones de salud de los trabajadores de obras de la Municipalidad Provincial de San Román. Diciembre del 2013 – Marzo del 2014”, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida, hábitos alimentarios relacionados con las condiciones de salud de los trabajadores de obras de la Municipalidad Provincial de San Román, la muestra estuvo conformada por el total de los trabajadores (140). Como resultados se tuvo que el 47, 86% de los trabajadores presentan estilos de vida regular. El 45,00% de los trabajadores tienen estilos de vida malos siendo los más jóvenes 27,86% (18 a 35 años) quienes tienen estilos de vida malo; el 7,14% de los trabajadores tienen buenos estilos de vida de los cuales el 5,00% son los que se encuentran entre las edades de 51 a 70 años. El 67.14% presentan condiciones de salud favorables, 32.86% sus condiciones de salud son desfavorables. 40.71% de los trabajadores presentan estado nutricional normal, 16.43% se encuentran con bajo peso, 35.71% sobre peso y 7.14% presenta obesidad. Los estilos de vida tienen relación con las condiciones de salud de los trabajadores, ya que la J_i calculada 11.36 es mayor que la J_i tabulada 9.32. por lo que se aceptó la hipótesis alterna con una probabilidad del 95% de confianza. (23).

Hanco Y. (2015). En su estudio “Estilos de vida del personal del Hospital II-I de Ilave – 2014”, cuyo estudio fue descriptivo, analítico y de corte transversal. Para la identificación de los estilos de vida se utilizó el método de la encuesta, la técnica de la entrevista mediante la encuesta y se elaboró un cuestionario de escalas de estilo de vida. La prueba estadística fue la J_i cuadrado, el cual permitió identificar los estilos de vida relacionados con la edad, tipos de

trabajo, profesión y sexo del personal trabajador de salud. Los resultados fueron, con respecto a la relación entre los estilos de vida con la edad, sexo y ocupación de los trabajadores el 49.52% se encuentran entre las edades de 18 a 40 años de edad, entre 41 a 60 años con un 33.17% y con más de 61 años de edad el 17.31%. El 61.06% de los trabajadores pertenecen al sexo masculino y el 38.94 al sexo femenino. El 30.90% del personal tienen estilos de vida saludable y el 69.10% no tienen estilos de vida saludable. El 61.06% de los trabajadores pertenecen al sexo masculino y el 38.94 al sexo femenino. Por lo que, los estilos de vida si tiene relación con la edad, sexo y ocupación de los trabajadores del Hospital II-I de Ilave. (24)

Luque M. L. 2011. En un estudio titulado “Hábitos alimentarios en relación al estado nutricional de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno 2011”, tuvo como objetivo general relacionar los hábitos alimentarios con el estado nutricional. El estudio fue de tipo descriptivo, analítico y de corte transversal, la muestra estuvo constituido por 149 estudiantes entre varones y mujeres de 18 a 25 años de edad. Para determinar el estado nutricional se aplicó el método antropométrico, a través del índice de masa corporal y para evaluar los hábitos alimentarios de los estudiantes se aplicó el método de la encuesta. Los resultados según el índice de masa corporal determinaron, que de los 149 evaluados el 82.6% de los estudiantes universitarios se hallan en estado nutricional normal, y el 11.4% se encuentran con sobre peso y el 6% se encuentran con bajo peso, no se encontró ningún caso de obesidad. Al determinar los hábitos alimentarios se encontró que el 54% de estudiantes presentaron regulares hábitos alimentarios, el 24% presentan malos hábitos alimentarios, el 19% presentan buenos hábitos alimentarios. En lo que respecta a la frecuencia de consumo de alimentos de carnes se da interdiariamente en un 37%, 44% consume pescado semanalmente, el 44% consume huevo semanalmente, el 43% consume menestras, 46% consume tubérculos a la semana, 47% consume frutas semanalmente, 45% verduras interdiariamente y el 30% de estudiantes consume bebidas alcohólicas una vez a la semana. Al relacionar los hábitos alimentarios con el estado nutricional se obtuvo que los hábitos alimentarios tienen relación con el estado nutricional en un 95%, por lo que se acepta la hipótesis alterna del estudio con una probabilidad de error del 5%. (25)

1.3. JUSTIFICACIÓN

La población del adulto mayor experimenta un proceso de envejecimiento fisiológico que puede conllevar a una declinación de la funcionalidad de los órganos y sistemas, mayor vulnerabilidad al medio interno y/o externo por pérdida de la reserva fisiológica con los años y ser más propenso a un estado de fragilidad.

Los problemas de salud del adulto mayor relacionados a su estado nutricional debería de considerarse desde la prevención y la promoción de la salud, identificando algunos estilos de vida no saludables, al ser estos factores desencadenantes de las enfermedades crónicas degenerativas y no transmisibles y cuyos costos económicos de tratamiento no se encuentran al alcance de este grupo, al ser los adultos mayores del Distrito de Paucarcolla, considerados como personas en extrema pobreza que tienen un bajo acceso a los servicios de salud (Seguro Social del Perú) y a los programas especializados.

A nivel local, el escaso estudio de la nutrición del adulto mayor motiva aún más la investigación por mejorar su calidad de vida y disminuir las morbimortalidades generadas directa o indirectamente por los estilos de vida que conducen a una malnutrición.

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud del adulto mayor y reducir los factores de riesgo, así como mejorar el estilo de vida de las personas.

Además, es conveniente que las autoridades regionales de la Dirección de salud Puno trabajen en el campo de la salud, así como para la población de Paucarcolla; porque pueden contribuir a que las personas identifiquen sus factores de riesgo y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer el estilo de vida de las personas se podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. Adulto mayor

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 60 años y que finaliza con la muerte. Es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: " un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte".

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Es importante hacer notar, que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice.

En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el

anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades. (26)

2.1.1.1. Proceso de envejecimiento

El envejecimiento consiste, básicamente, en el deterioro progresivo de órganos y sistemas del cuerpo. Se refiere a los cambios degenerativos que alteran el funcionamiento de órganos vitales y terminan causando la muerte.

El proceso de envejecimiento depende de factores intrínsecos al individuo o endógenos y factores ambientales o exógenos a él. Lo que afecta no es la conducta cotidiana del organismo con su medio, sino sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse a una situación insólita tanto de origen biológico, psicológico y social (27).

2.1.1.2. Cambios durante el proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento está condicionado por cambios a tres niveles: cambios biológicos, cambios sociales y cambios psicológicos. (26)

2.1.1.3. Cambios Biológicos

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una etapa final si no como una etapa de maduración y de evolución del ser humano.

- a) **Problemas de irrigación sanguínea:** La caja torácica se vuelve más rígida, con la que a su vez disminuye la capacidad respiratoria. Disminuye el ritmo cardiaco, aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.

- b) **La sexualidad:** La atrofia de las glándulas sexuales no significa que desaparezca la actividad sexual normal, como se ha creído erróneamente.
- c) **Los sentidos:** En el plano funcional de los procesos sensoriales, el ojo y el oído son los órganos que antes envejecen es por ello que existe una precoz limitación de sus funciones.

2.1.1.4. Cambios Sociales

Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales. Esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos.

- a) **El desplazamiento social - la jubilación:** Una de las crisis, consiste en la pérdida del papel social y familiar que representa la jubilación. Ello supone a menudo, junto a la pérdida de índole económica, la privación de status social y prestigio. Cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación. Para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, pero para otros supone el comienzo de su final.
- b) **El sentimiento de inutilidad:** A medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos. Ese deterioro le conduce inexorablemente a la pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene.
- c) **La soledad:** Es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser mortal cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo; o real, cuando los ancianos no tienen con quien compartir su vida.

2.1.1.5. Cambios Psicológicos

El periodo involutivo se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.

- a) **Adaptación psicológica:** Las diversas aptitudes cognoscitivas del individuo se ven afectadas en distinta medida en el proceso de envejecimiento. El descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica, sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psicosociales desfavorables.
- b) **La memoria:** Es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones. (27)

2.1.1.6. Factores comportamentales en la salud mental y los adultos mayores

Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo. (28)

2.1.1.7 El problema

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente. El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda. (28)

2.1.1.8. Los factores de riesgo de los trastornos mentales en adultos mayores

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad. (28)

2.1.1.9. La demencia y la depresión en los ancianos son problemas de salud pública.

a) Demencia

Es un síndrome que se caracteriza por la mengua de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Afecta principalmente a los ancianos, pero no es una parte normal de la vejez.

Se calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de personas aquejadas de demencia. Se prevé que el número de estas personas aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050; además, la mayoría de esos pacientes vivirán en países de ingresos bajos y medianos. La demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura por lo que toca a los costos de la asistencia médica, social e informal que impone. Por otra parte, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal. (28)

b) Depresión

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria. (28)

2.1.1.10. Estrategias de tratamiento y asistencia

Es importante que los prestadores de asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto presten atención a las necesidades especiales de los grupos de población de edad mayor mediante las medidas siguientes:

- a) capacitación de los profesionales sanitarios en la atención de los ancianos;
- b) prevención y atención de las enfermedades crónicas que acompañan a la vejez, como los problemas mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas;
- c) elaboración de políticas sostenibles sobre la asistencia a largo plazo y los cuidados paliativos;
- d) creación de servicios y entornos que favorezcan a las personas de edad.

2.1.1.11. Promoción de la salud

La salud mental de los adultos mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias conducentes a que los ancianos cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, tales como:

- a) protección y libertad
- b) viviendas adecuadas mediante políticas apropiadas;
- c) apoyo social a las personas de edad más avanzada y a quienes cuidan de ellas;
- d) programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a grupos vulnerables como las personas que viven solas y las que habitan en el medio rural o las aquejadas de enfermedades mentales o somáticas;
- e) programas para prevenir y abordar el maltrato de los adultos mayores;
- f) programas de desarrollo comunitario.

2.1.1.12. Intervenciones

El reconocimiento y tratamiento oportunos de los trastornos mentales, neurorológicos y por abuso de sustancias psicotrópicas en los adultos mayores revisten una importancia decisiva. Se recomienda aplicar intervenciones psicosociales y farmacológicas.

No se cuenta hoy por hoy con medicamentos para curar la demencia, pero es mucho lo que se puede hacer para apoyar y mejorar la vida de las personas que la padecen, así como a sus cuidadores y familias, como, por ejemplo:

- a) el diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y óptimo;
- b) la optimización de la salud física y psíquica y el bienestar;
- c) la identificación y el tratamiento de las enfermedades físicas conexas;
- d) la detección y el tratamiento de síntomas comportamentales y psíquicos difíciles.
- e) el suministro de información y apoyo prolongado a los cuidadores.

2.1.1.13. La atención de la salud mental en la comunidad

Una buena asistencia sanitaria y social en general es importante para mejorar la salud, prevenir enfermedades y tratar los padecimientos crónicos de las personas mayores. Por lo tanto, es importante capacitar a todo el personal sanitario que debe enfrentarse con los problemas y trastornos relacionados con la vejez.

Para ello es imprescindible proporcionar a los adultos mayores una atención de salud mental eficaz en el nivel comunitario. La misma importancia tiene poner de relieve la asistencia prolongada de los adultos mayores aquejados de trastornos mentales, así como dar formación, capacitación y apoyo a quienes los atienden.

Es imprescindible contar con un marco legislativo apropiado, basado en las normas internacionales sobre derechos humanos, para ofrecer los servicios de la mejor calidad a las personas con enfermedades mentales y a quienes cuidan de ellas.

2.1.1.14. La respuesta de la OMS

Los programas de la OMS en pro de un envejecimiento activo y sano han creado un marco mundial para la actuación en los países.

La OMS apoya la meta de los gobiernos de fortalecer y mejorar la salud mental de los adultos mayores y de basar los planes de acción y las políticas en estrategias eficaces.

La OMS reconoce que la demencia es un problema de salud pública, y ha publicado el informe “Demencia: una prioridad de la salud pública”, en el que aboga por emprender acciones a nivel nacional e internacional.

La demencia, la depresión y otros trastornos mentales de gran importancia están incluidos en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP), por el cual se pretende mejorar la asistencia de los trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas mediante la aportación de orientaciones e instrumentos para el desarrollo de los servicios de salud en las zonas pobres.

La OMS organizó en marzo de 2015 la Primera Conferencia Ministerial sobre la Acción Mundial contra la Demencia, con la que se fomentó la concienciación sobre los retos económicos y de salud pública que plantea la demencia y se trató de entender mejor las funciones y responsabilidades de los Estados Miembros y de otras partes interesadas, y que llevó a un llamamiento a la acción respaldado por los participantes en la conferencia. (28)

2.1.2. Estilos de vida.

Los estilos de vida están constituidos por una variedad de actitudes, hábitos y prácticas individuales que pueden influir positiva o negativamente en el proceso salud - enfermedad. Incluye todo tipo de presiones familiares, sociales, comerciales que condicionan los conocimientos, actitudes, aficiones y hábitos, como seguridad, recreación, ocio, trabajo, sueño, sexualidad, alimentación, higiene, sedentarismo, el habitar en el área rural o urbana, entre otros. (29)

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. (30)

El estilo de vida saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgos para la salud. Los comportamientos y conductas son determinantes, decisivos de la salud física y mental se calcula que un tercio de

las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera que la gente se comporte determinará el que enferme o permanezca sana. Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente; modos o estilos de vida, quiere decir que la persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste. (29)

2.1.2.1. Opciones de Vida Saludable

En sociología un estilo de vida es la manera en que vive una persona o grupo de personas. Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Las opciones de vida saludable, nos proporcionan todos aquellos comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. (30)

2.1.2.2. Factores dimensionales de los estilos de vida

Es cada uno de los elementos que contribuyen a producir un resultado determinado en el individuo y/o cada sustancia que tienen una acción fisiológica específica. Factor: En biología:

1. Es todo elemento que determina una característica nueva en los híbridos.
2. Variable que puede influir en otra variable o en todas las variables del organismo que se estudia.

Estos factores son condicionantes que pueden producir cambios en los estilos de vida del individuo, cuyo comportamiento y acciones son producto de:

- a) **Factores dimensionales alimentarias;** Es el mecanismo mediante el cual el organismo se alimenta de una dieta equilibrada compuesta de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, sales minerales y agua, en cantidades suficientes para conservar las funciones del individuo.

- b) **Factores de la dimensión de la actividad y ejercicio;** Es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del individuo.
- c) **Factores de la dimensión del manejo de stress;** Se refiere al esfuerzo, que hace la persona por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el stress.
- d) **Dimensión Apoyo Interpersonal;** Es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser eminentemente social, para lo cual él requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino, junto a otros individuos de su entorno.
- e) **Factores de la dimensión de autorrealización;** Se refiere a la adopción del individuo a su inicio como persona trabajadora, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales que contribuyen un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como trabajador y/o profesional, alcanzando la superación y a la autorregulación.
- f) **Dimensión Responsabilidad en Salud;** En el adulto mayor implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas, en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud; además, modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud (30, 31).

2.1.2.3. Estilo de vida promotor de salud.

Patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, autorrealización y realización del trabajador tales como nutrición, actividad física, responsabilidad en salud, manejo de estrés, crecimiento espiritual y relaciones interpersonales. Se midió con el Perfil de estilo de vida promotor de salud II.

La versión original de este instrumento se puso a disposición en 1987, y se ha utilizado ampliamente, mide la conducta promotora de salud, la escala cuenta con 52 ítems en un formato de respuesta de 4 puntos (nunca, 1; algunas veces, 2; frecuentemente, 3 y rutinariamente, 4) para medir la frecuencia actual de conductas promotoras de salud; se divide en seis subescalas: responsabilidad en salud con 9 ítems con valor mínimo de respuesta de 9 y máximo de 36; actividad física con 8 ítems, valor mínimo de 8 y máximo de 32; nutrición con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; crecimiento espiritual con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; relaciones interpersonales con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; y manejo del estrés con 8 ítems, valor mínimo de 8 y máximo de 32. Para el análisis estadístico se obtuvieron índices con valor de 0 a 100 donde un alto índice representa un mejor estilo de vida. (32)

2.1.3. Estado nutricional del adulto mayor

El envejecimiento individual es un proceso normal cuya principal característica es la limitación de la capacidad de adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales y una disminución de la capacidad de reserva de todos los órganos y sistemas. Es por ello que los adultos mayores tienen mayor riesgo de presentar enfermedades, especialmente de carácter crónico degenerativo, resultantes de la interacción de factores genéticos y ambientales, que incluyen estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades. (27)

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. Cualquier evaluación del estado nutricional, por lo tanto, debiera incluir información sobre estos factores, con el objeto de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad. (33)

2.1.3.1. Evaluación del estado nutricional del adulto mayor

La evaluación clínica del estado nutritivo pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, cambios en la ingesta o cambios en el peso como así mismo la capacidad funcional del individuo. De esta forma, la evaluación del estado nutricional debe incluir antropometría, algunos parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física, evaluar patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes. (27)

2.1.3.2. Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional.

Aunque el mayor atractivo de la antropometría en la evaluación del estado nutricional es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria, las mediciones aisladas son de limitado valor.

Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en ancianos considerando que la función y problemas de salud asociados, son aún materia de debate. Más aún, las medidas antropométricas pueden que no aporten una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral que ocurre con la edad. Aun así, las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica, y por su sencillez son las más utilizadas.

Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el anciano son: peso, talla, pliegues tricipital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, muy útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los ancianos. Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de Quetelet (peso Kg/ talla^2) o índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. (33)

2.1.3.3. Índice de masa Corporal (IMC)

Este indicador es simple y útil y presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con masa magra ($r = 0.6- 0.8$). El IMC ideal para los ancianos no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 kg/m^2 . No existe evidencia de que en el anciano las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables. (34)

CUADRO N° 01

CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS 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: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. 2013. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor, Lima.

2.1.3.4. Perímetro abdominal

Es la medición del perímetro abdominal que se realiza con el sujeto de pie, con el abdomen relajado, al final de una espiración normal, en el punto medio entre las crestas ilíacas y el reborde costal.

Es un indicador clínico válido para determinar Obesidad abdominal o central, la cual es uno de los componentes del Síndrome Metabólico. Es importante medirla debido a que la acumulación de grasa a nivel abdominal está asociada a insulinoresistencia y a las alteraciones

del Síndrome Metabólico como hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, HDL-colesterol bajo e hiperglicemia.

En un consenso emitido recientemente por varias Sociedades Científicas internacionales, se confirma que los puntos de corte de la circunferencia de cintura varían según género, población y grupo étnico. (27) Los valores obtenidos de la medición del perímetro abdominal permiten clasificar el riesgo de enfermar de la persona adulta mayor según el siguiente cuadro:

CUADRO N° 02

CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE ENFERMAR SEGÚN SEXO Y PERÍMETRO ABDOMINAL

SEXO	RIESGO		
	Bajo	Alto	Muy Alto
VARON	< 94 cm	≥ 94 cm	≥ 102
MUJER	< 80 cm	80 cm	≥ 88 cm

Fuente: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. 2013. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor, Lima.

2.1.3.5. Bioimpedanciometria

El análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA) un sistema de calibración de los compartimentos corporales fundamentado en la distinta resistencia que ofrece cada tejido al paso de una corriente eléctrica que emite un bioimpedanciómetro. Es un método sencillo, no invasivo y fiable. Puede informar de: Masa grasa corporal total, masa libre de grasa total, masa magra corporal total y agua corporal total.

La bioimpedancia convencional es útil en pacientes sin trastornos hidroelectrolíticos y personas sanas. (33)

El análisis de la composición corporal constituye el eje central de la valoración del estado

nutricional. Su estimación en el área nutricional ha cobrado gran relevancia debido a la creciente prevalencia de la obesidad y los efectos adversos sobre la salud. La bioimpedancia eléctrica es uno de los métodos desarrollados para estimar la composición corporal; tanto en investigación como en el área clínica. Se fundamenta en la oposición de las células, tejidos o líquidos corporales al paso de una corriente eléctrica. Este método mide el agua corporal total y permite estimar la masa corporal libre de grasa y la masa grasa. (34)

Entre sus ventajas están el bajo costo, facilidad de transporte, inocuidad, sencillez en el manejo y la baja variabilidad ínter observador. Los valores recomendados de grasa corporal son:

CUADRO N° 03

VALORES RECOMENDADOS DE GRASA CORPORAL

Sexo	Edad	Bajo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muy Alto (++)
Mujer	20-39	< 21.0	21.0 - 32.9	33.0 – 38.9	≥ 39.0
	40-59	< 23.0	23.0 – 33.9	34.0 – 39.9	≥ 40.0
	60-79	< 24.0	24.0 – 35.9	36.0 – 41.9	≥ 42.0
Varón	20-39	< 8.0	8.0 – 19.9	20.0 – 27.9	≥ 25.0
	40-59	< 11.0	11.0 – 21.9	22.0 – 27.9	≥ 28.0
	60-79	< 13.0	13.0 – 24.9	25.0 – 29.9	≥ 30.0

Fuente: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. 2013. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor, Lima.

La forma en la que funciona una bioimpedancia eléctrica es sencilla: partimos de la base de que el agua es un conductor muy bueno de la corriente eléctrica. Nuestros músculos, huesos y vasos sanguíneos tienen un gran porcentaje de agua, por lo que la corriente pasa fácilmente a través de ellos. Sin embargo, la masa grasa es un mal conductor, por lo que genera resistencia al paso de la corriente.

Generalmente las básculas de bioimpedancia tienen dos o cuatro electrodos: uno (o dos) actúan como entrada de la corriente, y el (los) otro(s) como salida. La báscula mide el tiempo que la corriente tarda en llegar de un electrodo a otro: ya que el agua es un buen conductor, y

nuestros músculos tienen un contenido de agua constante (aproximadamente el 73%), en una persona con más masa magra la corriente pasará más rápido.

Lo que mide la bioimpedancia realmente es nuestra masa magra y, por derivación, también nos ofrece nuestra medición de masa grasa (masa grasa = peso - masa magra).

Algunos parámetros que se deben tener en cuenta a la hora de realizar una bioimpedancia son el nivel de hidratación, la edad, el sexo, la raza y la condición física. (34)

La técnica mide la impedancia de brazo a brazo a lo largo de la cintura escapular, es decir, en la parte superior del tronco.

- La determinación se realiza en ropa ligera y posición de bipedestación,
- Se mantiene las piernas separadas a 35°-45° y los brazos extendidos hacia delante en ángulo recto (90°) respecto a la vertical del cuerpo, sin doblar los codos.
- Se calcula el porcentaje de grasa y el Índice de Masa Corporal, clasifica el porcentaje de grasa en 4 rangos: bajo, normal, alto y muy alto.
- El proceso de medición dura aproximadamente 5 segundos.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Estilos de vida

Es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. (2)

2.2.2. Estado nutricional

Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. (29)

2.2.3. Evaluación del estado nutricional

Es la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que le hayan podido afectar. (29)

2.2.4. Índice de Masa Corporal

Es una medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet. (30)

2.2.5. Peso

Es la medida de valoración nutricional más empleada, está en función del tipo morfológico y del esqueleto del individuo. (30)

2.2.6. Talla

La talla, o medida en centímetros de la altura de cada persona es otra de las mediciones antropométricas que se realizan a la hora de una valoración nutricional, su medición se hace con la ayuda de un tallímetro. (30)

2.2.7. Porcentaje de grasa corporal

Cantidad de grasa que contiene el cuerpo, respecto a músculos, huesos, órganos internos, piel, pelos, etc. (30)

2.2.8. Bioimpedancia eléctrica

Método que sirve para hacer el cálculo de grasa corporal sobre la base de las propiedades eléctricas de los tejidos biológicos. (31)

2.2.9. Adulto mayor

Termino que surge para denominar a la población de 60 años a más. (30)

2.2.10. Envejecimiento

Proceso fisiológico que inicia en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos d un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (30)

2.3. HIPÓTESIS:

Existirá relación entre 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.

2.4. OBJETIVOS

2.4.1. Objetivo general:

- e) 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.

2.4.2. Objetivos específicos:

1. Identificar los estilos de vida de los adultos mayores beneficiarios del programa de asistencia solidaria pensión 65 del Distrito de Paucarcolla.
2. Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del programa de asistencia solidaria pensión 65 del Distrito de Paucarcolla.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es analítico y de corte transversal ya que permitió exponer los datos obtenidos de la variable de estudio en un tiempo y espacio determinado.

2.2. LUGAR DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en la Provincia de Puno, distrito de Paucarcolla.

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.3.1. Población

La población del presente estudio estuvo conformada por 394 beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 que residen en todas las comunidades y sectores del Distrito de Paucarcolla - Puno.

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:

$$n_0 = \frac{Z^2 * p * q}{E^2}$$

$$E = e * p$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

$$n_0 = \frac{1.96^2 * 0.7 * 0.3}{0.1^2} = 152.22 \approx 152$$

$$f = \frac{n_0}{N} = \frac{152}{394} = 0.386 > 0.05 \text{ aplicamos factor de correccion}$$

$$n = \frac{152}{1 + \frac{(152 - 1)}{394}} = 110.000326 \approx 110$$

Donde:

n = Número de muestra en proporciones con población finita

N = Tamaño de la población

n_o = Número de muestra en proporciones con población infinita

Z = Nivel de confianza (*Z*=1.96 para 95% de confianza)

p q = Varianza poblacional de la proporción (*p=q=0.5* maximiza *n_o*)

e = Error de proporción

E = Error d muestreo

INTERVENCION						
n_o	Z	P	q	e	N	n
152	1.96	0.7	0.3	0.1	394	110

Aplicando la fórmula anterior y reemplazando los datos se obtuvo una muestra representativa de 110 beneficiarios del Programa Nacional de asistencia solidaria Pensión 65 que residen en todas las comunidades y sectores del distrito de Paucarcolla - Puno.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Personas adultas mayores de 65 años a más que residan en el distrito de Paucarcolla.
- Personas adultas mayores de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Adulto mayor que presente algún problema de comunicación
- Adulto mayor que presente problemas psicológicos.
- Adulto mayor que presente sifosis

2.4.VARIABLES

Variable independiente:

- Estilos de vida

Variable dependiente:

- Estado nutricional

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Estilos de vida	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Frecuentemente • Siempre 	1,2,3,4 Puntaje máximo : 120 Puntos Estilos de vida Saludable : 60 – 120 Estilos de vida No Saludable: 30 - 59
	Actividad y ejercicio		
	Manejo del estrés		
	Apoyo interpersonal		
	Autorrealización		
	Responsabilidad en salud		
VARIABLE DEPENDIENTE Estado nutricional	Índice de Masa Corporal (IMC)	<ul style="list-style-type: none"> • Delgadez • Normal • Sobre peso • Obesidad 	≤ 23.0 > 23 a 28 ≥ 28 a 32 ≥ 32
	Grasa corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Normal • Alto • Muy alto 	Hombre < 13 13.0 – 24.9 25.0 -29.9 > 30 Mujer < 24 24.0 – 35.9 36.0 - 41.9 > 42
	Perímetro abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Alto • Muy alto 	Hombre < 94 cm ≥ 94 cm ≥ 102 cm Mujer < 80 cm ≥ 80 cm ≥ 88 cm

2.5.MÉTODOS, TÉCNICAS, E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.5.1. Para evaluar los estilos de vida

A. MÉTODO:

- **Cuestionario:** Método que se utilizó para registrar los estilos de vida saludable.

B. TÉCNICA:

- **Entrevista:** Se utilizó para recolectar la información sobre los estilos de vida saludable de los adultos mayores.

C. INSTRUMENTOS:

- **Encuesta:** Para estimar los estilos de vida saludable se utilizó como instrumento el cuestionario de escalas de estilos de vida. (Anexo 01)

3.5.2. Para evaluar el estado nutricional Método:

A. MÉTODOS:

- **Evaluación nutricional:** Se utilizó para evaluar el IMC, la medición de grasa corporal y perímetro abdominal.

B. TÉCNICAS:

- **Antropométrico:** Permitió medir la talla, peso, grasa corporal y perímetro abdominal.

C. INSTRUMENTOS:

- Para tomar las mediciones antropométricas se utilizaron como instrumentos: la balanza, tallímetro, cinta métrica, bioimpedanciómetro, cuya información se registró en una ficha: (Anexo 02)

2.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron recolectados por la investigadora y colaboradores, durante los meses de estudio. Previamente se gestionó el permiso correspondiente en la Municipalidad Distrital de Paucarcolla y al promotor del programa para poder ejecutar el trabajo de investigación para

así poder cumplir con los trámites y permisos administrativos. Una vez obtenido las autorizaciones correspondientes entre ellas el consentimiento informado y el asentimiento de los adultos mayores se procedió a obtener los datos:

3.6.1. Para identificar los estilos de vida saludable:

Se utilizó la Escala del Estilo de vida Instrumento elaborado en base al Cuestionario de estilo de vida promotor de salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender y modificado por Fernández Y. (2013). El mismo que fue utilizado para fines de la presente investigación y poder medir el Estilo de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. (ANEXO 01) Está constituido por 30 items.

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 30 items. Se aplicó una escala de puntaje de:

- ✓ NUNCA (N) = 1 Pto.
- ✓ A VECES (V) = 2 Ptos.
- ✓ FRECUENTEMENTE (F) = 3 Ptos.
- ✓ SIEMPRE (S) = 4 Ptos.

Posteriormente se adecuó al número de preguntas elaboradas el cual constó de 30 interrogantes siendo el puntaje máximo 120 puntos, distribuidos de la siguiente forma.

- de 60 a 120 puntos, los estilos de vida serán saludables
- de 30 a 59 puntos, los estilos de vida no serán saludables

3.6.2. Para evaluar el estado nutricional:

Para evaluar el estado nutricional se realizaron las mediciones antropométricas de peso, talla, grasa corporal y perímetro abdominal. Según el protocolo dictado por la Norma Técnica de Salud para la Valoración Nutricional Antropométrica en la Etapa de Vida Adulto (MINSA – INS – CENAN) basado a su vez en protocolos dictados por la OMS.

Para la medición del peso:

Para la toma de peso se utilizó la balanza electrónica certificada marca Seca modelo Bella 840 con una capacidad de 140 kilos y una precisión de $\pm 0,5\%$, dicho instrumento fue correctamente calibrado previamente a su uso y posteriormente se:

- Se instaló la balanza en una superficie plana horizontal y firme para colocarla.
- Se calibró la balanza antes de empezar el procedimiento.
- La medición se realizó con la menor ropa posible y sin zapatos.
- Se pidió a la persona adulta mayor que suba a la balanza colocando los pies paralelos en el centro, de frente al evaluador.
- Se le pidió al adulto estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados.

Para la medición de la talla

El equipo utilizado para la toma de la talla fue el tallímetro portátil en madera, con una capacidad máxima de 2 metros y una precisión de 1 milímetro.

- Se Instaló el Tallímetro en una pared y un piso lo más liso posible, no inclinado, sin desnivel. La pared y el piso deberá formar un ángulo recto de 90° .
- Se indicó a la persona adulta mayor que se quite el calzado, gorras, adornos y se suelte el cabello.
- Se colocó a la persona adulta mayor en el Tallímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida su cuerpo en dos hemisferios.
- Se verificó que los pies estén en posición correcta.
- Se verificó que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.
- Se acomodó la cabeza en posición recta.
- Se colocó la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón del sujeto, para mantenerla erguida.

Para la medición de la grasa corporal

El instrumento utilizado para la medición de la grasa corporal fue el bioimpedanciómetro. La técnica mide la impedancia de brazo a brazo a lo largo de la cintura escapular, es decir, en la parte superior del tronco.

- La determinación se realizó en ropa ligera y posición de bipedestación,
- Se mantuvo las piernas separadas a 35°-45° y los brazos extendidos hacia delante en ángulo recto (90°) respecto a la vertical del cuerpo, sin doblar los codos.
- Se calculó el porcentaje de grasa y el Índice de Masa Corporal, clasifica el porcentaje de grasa en 4 rangos: bajo, normal, alto y muy alto.
- El proceso de medición duró aproximadamente 5 segundos.

Para la medición del perímetro abdominal

El instrumento utilizado para la medición del perímetro abdominal fue la cinta métrica de fibra de vidrio marca Seca 101, extensible hasta 205 cm, con una precisión de hasta 1 milímetros.

- Se solicitó a la persona se ubique en posición erguida, sobre una superficie plana, con el torso descubierto, y con los brazos relajados y paralelos al tronco.
- Se verificó que la persona se encuentre relajada y solicitó se desabroche el cinturón o correa que pueda comprimir el abdomen.
- Se mantuvo separado los pies a una distancia de 25 a 30 cm, de tal manera que su peso se distribuya sobre ambos miembros inferiores.
- Se palpó el borde inferior de la última costilla y el borde superior de la cresta iliaca, ambos del lado derecho, se determinó la distancia media entre ambos puntos y se procedió a marcarlo; se realizó este mismo procedimiento para el lado izquierdo.
- Se colocó la cinta métrica horizontalmente alrededor del abdomen, tomando como referencia las marcas de las distancias medias de cada lado, sin comprimir el abdomen de la persona.
- Finalmente se dio lectura en el punto donde se cruzan los extremos de la cinta métrica.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se basó en conductas éticas y profesionales dentro de las cuales están:

Derecho a la intimidad; se garantizó a los sujetos de estudio que la información será tratada con privacidad y fueron utilizadas para los fines del estudio.

Derecho al anonimato y confidencialidad; toda la información obtenida por el estudio se preservó de manera confidencial o sea de anonimato completo.

Derecho al tratamiento justo; se basó en el principio ético de justicia, en donde las personas recibieron el trato justo que les merece y corresponde.

Consentimiento informado; se dio a los adultos mayores una hoja que contuvo el consentimiento informado escrito, mediante el cual el sujeto de estudio dio su aprobación de participar en el estudio. El investigador informó en este documento (consentimiento informado) sobre las ideas principales y el contenido de la investigación y cada persona fue libre de decidir sobre su participación.

Permiso institucional; antes de iniciar la recolección de información se obtuvo el permiso institucional.

2.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se levantó la información de las encuestas con preguntas cerradas, luego se procedió a depurarlas, codificarlas para posteriormente procesarlas. Se utilizó el SOFTWARE EXCEL y el PAQUETE ELECTRÓNICO EPI INFO 2008, este programa permitió procesar los datos y analizarlos mediante tablas de frecuencias absolutas, relativas y de contingencia. Se utilizaron estas tablas, ya que permitió sistematizar los resultados y ofrecer una visión numérica, sintética y global del fenómeno observado y de las relaciones entre sus diversas características o variables empleando el procedimiento mixto, por el uso sistémico de la computadora y de manera manual, siguiendo los siguientes planes de operaciones:

- **Clasificación de datos:** Se utilizó una matriz de sistematización. Las variables fueron ordenadas y tabuladas
- **Recuento:** La información clasificada se contabilizó en matrices de conteo
- **Codificación:** Se utilizó la codificación para cada pregunta

Para el análisis se realizó un análisis univariado y bivariado, usando tablas que expresan los resultados de forma numérica y porcentual. Para el análisis bivariado se usó la prueba de Chi cuadrado.

2.9. DISEÑO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La prueba estadística no paramétrica que se aplicó fue la Chi cuadrado de Pearson, el cual nos permitió relacionar los estilos de vida con el Estado Nutricional de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 del Distrito de Paucarcolla – Puno, 2015.

Para establecer la correlación entre las variables dependiente e independiente se aplicó la prueba estadística de correlación simple cuya fórmula es:

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

Donde:

X_C^2 = Chi cuadrada calculada

O_{ij} = Valor observado

E_{ij} = Valor esperado

r = Número de filas

c = Número de columnas

Regla de decisión

$X_c^2 > X_t^2$ Entonces rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna. Caso contrario se aceptará la hipótesis nula.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Ha: Los estilos de vida saludable, tienen relación con el índice de masa corporal, grasa corporal y perímetro abdominal, según sexo de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 del Distrito de Paucarcolla – Puno, 2015.

Ho: Los estilos de vida saludable no tienen relación con el índice de masa corporal, grasa corporal y perímetro abdominal, según sexo de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 del Distrito de Paucarcolla – Puno, 2015.

CAPITULO IV

CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación tiene como ámbito de estudio el distrito de Paucarcolla, que es uno de los 15 distritos de la provincia de Puno, departamento de Puno, bajo la administración del Gobierno regional de Puno, en Perú. Está localizado en el norte de la ciudad de Puno. Limita por el norte con los distritos de Atuncolla y Huata; por el este con el Lago Titicaca; por el sur con el distrito de Puno y por el oeste con los distritos de Atuncolla, Tiquillaca y con la Laguna Umayo.



CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA.

TABLA N° 01

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACION DE LOS ADULTOS MAYORES, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

ALIMENTACIÓN	NUNCA		A VECES		FRECUENTE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ud. Ingiere desayuno almuerzo y comida	1	0,90	8	7,27	21	19,09	80	72,72	110	100,0
Ud. Consume pescados al menos una vez por semana	22	20,00	71	64,54	11	10,00	6	5,45	110	100,0
Ud. consume pollo, pavo, gallina, pato, en la semana?	17	15,45	73	66,36	12	10,90	8	7,27	110	100,0
Todos los días Ud. Consume alimentos balanceados	1	0,90	36	32,72	61	55,45	12	10,90	110	100,0
Consume de 6 a 8 vasos de agua al día	24	21,81	25	22,72	48	43,33	13	11,81	110	100,0
Ud. Consume alimentos muy salados o dulces?	50	45,45	44	40,00	12	10,90	4	3,63	110	100,0
Ud. Consume alimentos que contengan grasas	51	46,36	45	40,90	10	9,09	4	3,63	110	100,0
Ud. Consume algunos suplementos nutritivos adicionales	103	93,63	7	6,36	0	0,00	0	0,00	110	100,0
Al ingerir sus alimentos el tiempo que demora es al menos de 40 minutos?	30	27,27	29	26,36	42	38,18	9	8,18	110	100,0

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla N° 01, en el primer ítem se observa que, el 72.72 % de los adultos mayores consume tres comidas al día y el 7.27 % a veces consumen las tres comidas, ésta situación última implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de vulnerabilidad coadyuvantes a padecer enfermedades no transmisibles.

En el segundo se observa que el 64,54% a veces consume pescados al menos una vez por semana, en el tercer ítem el 66.36% de los adultos mayores a veces consume carne de aves, en el cuarto ítem el 32.72% a veces consume alimentos balanceados todos los días, debido a factores económicos de la zona rural categorizados como pobre extremo, que no disponen de medios económicos para poder acceder a la variedad de alimentos que requiere su organismo, asimismo la falta de conocimientos en temas de alimentación y salud son factores que podrían influir directamente en su estado nutricional.

Las influencias sociales sobre la ingesta de alimentos se refieren a las influencias que una o más personas tienen sobre la conducta alimentaria de otras personas, ya sea directamente (compras de alimentos) o indirectamente (aprendizaje a partir de la conducta de otros) y ya se trate de una influencia consciente (transferencia de creencias) o subconsciente. Incluso cuando comemos solos, nuestra elección de alimentos se ve influenciada por factores sociales, porque se desarrollan actitudes y hábitos mediante la interacción con otras personas. Sin embargo, cuantificar las influencias sociales sobre la ingesta o consumo de alimentos resulta difícil, ya que las influencias que los adultos tienen sobre la conducta alimentaria de los demás no se limitan a un solo tipo de influencia y además, porque la gente no es necesariamente consciente de las influencias sociales que se ejercen sobre su propia conducta alimentaria. (35)

El 21.81% de los adultos mayores nunca consume de 6 a 8 vasos de agua al día el cual podría ocasionar algunas alteraciones en el organismo ya que el agua cumple con numerosas funciones en el organismo, entre las que se incluyen: el transporte de nutrientes y sustancias como vitaminas hidrosolubles, dar cierta estructura a las células y la regulación de la temperatura corporal. A través de la transpiración, se pierde calor a medida que el agua se evapora en la piel. Si bien un individuo puede permanecer varias semanas sin recibir alimento, no podría sobrevivir más de diez días sin beber agua. De hecho, la sola pérdida del

10 % del agua corporal puede provocar alteraciones severas en el organismo, y si llega al 20 %, la vida misma entra en zona de riesgo. (36)

La alimentación inadecuada por sí sola puede ser un factor de riesgo, dentro de ésta el desayuno es toda una comida, necesaria para el desarrollo físico del adulto mayor, y tiene mucha más importancia de la que le damos. El desayuno debería proporcionar entre el 20 – 25% del aporte energético diario. Sin embargo, suele ser la ingesta que con mayor frecuencia es insuficiente o nula. (35)

Por ello, el adulto mayor ha de aprender a armonizar su consumo alimentario con su vida rutinaria, ya que la actividad física que pueda realizar repercute en sus requerimientos energéticos y nutritivos. Además, es importante recordar que, independientemente de la actividad que realice los adultos, las necesidades nutritivas varían para cada persona, en función de su edad, sexo y otras condicionantes individuales y del entorno en el que vive (factores socio culturales, climáticos, etc.) que también han de tenerse en cuenta a la hora de planificar una correcta alimentación.

La Estrategia mundial OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud hace hincapié en el aumento del consumo de frutas y verduras como una de las recomendaciones a tener en cuenta al elaborar las políticas y directrices dietéticas nacionales tanto para la población como para los individuos. (5)

Muñoz S y Cribillero V. (2010). En su estudio en adultos mayores para determinar la relación del estilo de vida con el estado nutricional se encontró que el 34% presentaron estilos de vida buenos, 48% regulares y 18% estilos de vida malos; el 50.4% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, 42.1 % delgadez, 6.2% Sobrepeso y el 1.3 % Obesidad, tal como encontramos en el presente trabajo de investigación. (19)

TABLA N° 02

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

ACTIVIDAD Y EJERCICIOS	NUNCA		A VECES		FRECUENTE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ud. camina 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana	28	25.45	26	23.63	48	43.63	8	7.27	110	100,0
Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo	40	36.36	43	39.09	22	20.00	5	4.54	110	100,0
Ud. duerme al menos 6 horas diarias	19	17.27	34	30.90	43	39.09	14	12.72	110	100,0
Ud. duerme bien y se levanta descansado	14	12.72	46	41.81	43	39.09	7	6.36	110	100,0
Ud. utiliza pastillas, hierbas o infusiones para dormir	42	38.18	38	34.54	19	17.27	11	10.00	110	100,0

Fuente: Matriz de Datos

En la presente tabla se muestra que el 43.63% frecuentemente camina de 20 a 30 minutos al menos 3 veces a la semana, el 39.09% A veces realiza diariamente actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo, el 39% duerme al menos 6 horas diarias, el 41.81% a veces duerme bien y se levanta descansado y el 38.18% nunca utiliza pastillas, hierbas o infusiones para dormir.

La práctica de actividad física en los adultos mayores mejora el estado de ánimo, disminuye la depresión y ansiedad y al ser una zona rural con relativo acceso a movilidad, las personas se ven obligadas a movilizarse a pie, por lo que las caminatas de grandes distancias tienden a una actividad física moderada, debido a que se dedican a la ganadería y actividades agrícolas.

La falta de actividad física que se presenta en un menor porcentaje en este grupo de adultos mayores, es causante de muchos cambios fisiológicos que son notorios en el envejecimiento, sobreviniendo una serie de alteraciones y modificaciones en el funcionamiento del organismo y agravando la salud y el estado nutricional de los adultos mayores.

Aunque no están totalmente esclarecidos los mecanismos a través de los cuales la inactividad física resulta perniciosa para la salud, los conocimientos actuales permiten considerar que existe una asociación de tipo causal del nivel de actividad física con la aparición de diversas enfermedades. Así mismo a pesar de todas estas evidencias la actividad física es una práctica muy arraigada en la población en especial en los más jóvenes, pero en los adultos mayores cada vez se va haciendo más sedentaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estrategia «Salud para todos en el año 2010», incluye entre sus objetivos la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad, así como el incremento de la proporción de adultos que realiza actividad física moderada diaria, de modo que la realicen al menos durante 30 minutos. (28).

A pesar de todas estas evidencias que se muestran en la presente tabla, la actividad física es una práctica poco arraigada en la población, que cada vez se está haciendo más sedentaria. Además, los resultados de los programas emprendidos para fomentar la realización de actividad física no han resultado del todo satisfactorios. La actividad física son elementos básicos de los estilos de vida saludables. Recientemente esta impresión ha sido reforzada por nuevas evidencias científicas que vinculan dichas actividades con un amplio conjunto de beneficios de salud físicos y mentales. (37)

TABLA N° 03

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRES DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

MANEJO DEL ESTRES	NUNCA		A VECES		FRECUENTE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida	8	7.27	37	33.63	50	46.36	15	12.72	110	100,0
Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	29	26.36	32	29.09	45	40.90	4	3.63	110	100,0
Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	33	30.00	46	41.81	29	26.36	2	1.81	110	100,0
Realiza actividades de relajación como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración	53	48.18	25	22.72	29	26.36	3	2.72	110	100,0

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla N° 03 se observa que el 46.36 % identifica frecuentemente las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida, el 40.90 % expresa frecuentemente sus sentimientos de tensión o preocupación, el 41.81 % plantea a veces alternativas de solución frente a la tensión o preocupación y el 48.18 % nunca realiza actividades de relajación, esta última dimensión no es un buen indicador ya que la mayoría de los adultos mayores no realizan actividades de relajación, ocasionando preocupación o tensión y por ende deprimiendo.

El descanso diario es vital para mantener el cuerpo y la mente en buen estado durante todo el día. Sin duda, dormir bien es sinónimo de salud. Seguro que algunas veces se ha experimentado esa horrible sensación de estar cansado, irritable, con dolor de cabeza durante

el día por haber dormido poco o mal la noche anterior. Hay que tener en cuenta que la falta de sueño repercute en todos los aspectos de la vida del adulto mayor, en su capacidad para concentrarse en el trabajo, en su estado de ánimo y en el rendimiento del trabajo.

Al considerar, en primer lugar, las características de trabajo que realizan estas personas, se observa que en muchos casos éstos conllevan, de hecho, una serie de situaciones de tensión o “stress” que se derivan de la actividad como tal o del ambiente en que estas se hallan, y que resultan en un grado diverso de nocividad para los adultos. Esto es, por ejemplo, el caso de todas aquellas tareas laborales cuya realización obliga a una exposición frecuente o continuada a los cambios climáticos como lluvias, vientos, granizada y bajas temperaturas.

Si bien, como se ha mencionado, el trabajo juega un papel relevante como fuente de tensiones, sean éstas físicas, psicológicas o mixtas, la naturaleza de las interrelaciones familiares y sociales del adulto mayor coadyuva al fenómeno de tensión que este experimenta e, incluso, puede ocupar en muchos casos el lugar principal como productora de “estrés”. Mientras algunos adultos trasladan al hogar las tensiones acumuladas en su persona, otros a su vez llevan consigo, tensiones que se derivan de sus relaciones de pareja y de familia deficientes, al igual que las tensiones que se originan en su propio estilo de vida y en los problemas socioeconómicos que se desprenden de ello. En esta forma, en numerosos casos se establece un círculo vicioso entre la vida diaria del adulto, el hogar y la vida social, con lo cual la exposición al “estrés” se hace crónica, con poca o ninguna probabilidad de ruptura y solución si no hay antes un cambio radical en el estilo de vida del individuo. (17)

Realizar actividades de relajación es cualquier método, procedimiento o actividad que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo.

TABLA N° 04

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN APOYO INTERPERSONAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

APOYO INTERPERSONAL	NUNCA		A VECES		FRECUENTE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Se relaciona con los demás	13	11.81	20	18.18	57	52.72	20	17.27	110	100,0
Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	9	8.18	23	20.90	52	47.27	26	23.63	110	100,0
Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas	23	20.90	28	25.45	46	41.8	13	11.81	110	100,0
Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás	36	32.72	35	31.81	28	25.45	11	10.00	110	100,0

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla N° 04 se observa que el 52.72 % frecuentemente se relaciona con los demás, el 47.27 % mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás, el 41.81% comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas y solo el 10% recibe apoyo de los demás cuando enfrenta situaciones difíciles.

La falta de apoyo agrava el estado de ánimo de algunos adultos mayores ocasionando una gran preocupación sobre todo por la falta de dinero y el abandono de sus hijos o su pareja, deprimiendo el sistema inmunológico y haciéndolos propensos a enfermar.

Siempre se ha creído que cuando se envejece, hay una desconexión de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción de la exigencia productiva a la persona. La tercera edad así planteada, puede percibirse como una pérdida, y esa ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como el alejamiento de las relaciones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), la carencia afectiva percibida en

cuanto a la relación con los hijos (nido vacío), y la escasez en lo que se refiere a las relaciones con parientes y amigos que se van dejando como consecuencia de la distancia o la muerte. Así vista, la vejez implicaría una transición negativa hacia la soledad y el desconcierto, pero nada más alejado de la realidad, para su adecuada adaptación es necesario reestructurar muchas rutinas diarias y reorientar pensamientos y comportamientos para una mejor integración y socialización en la etapa que se está viviendo. (17)

Las relaciones interpersonales son el conjunto de interacciones que mantiene un individuo con otras personas o grupos de personas, los lazos que se establecen en esas interacciones y el tipo de interacciones dependiendo del ambiente en el que tienen lugar. Desempeñan un papel esencial en el desarrollo integral de la persona. Si estas relaciones son satisfactorias, suponen una fuente importante de refuerzos sociales que facilitan la integración y la adaptación a la sociedad.

Por el contrario, la carencia de determinadas habilidades sociales puede provocar rechazo, aislamiento, y en consecuencia limitaciones a la calidad de vida. Algunas personas dependientes, debido a la situación que viven, tienden a tener un carácter cerrado, poco social (en parte debido a la negación, frustración o miedo) con las personas que les rodean y sobre todo con las personas que les ayudan y apoyan. Pueden aislarse en su propio domicilio, lo que afecta tanto a la frecuencia de sus relaciones interpersonales, como a la manera y habilidades para relacionarse con los demás. El profesional deberá observar estas dificultades y desarrollar estrategias para evitar la pérdida de relaciones sociales del usuario y favorecer la creación de nuevos lazos. (23)

TABLA N° 05

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN AUTORREALIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

AUTORREALIZACIÓN	NUNCA		A VECES		FRECUENTE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida	14	12.72	47	42.72	40	36.36	9	8.18	110	100,0
Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza	10	9.09	50	45.45	42	38.18	8	7.27	110	100,0
Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal	28	25.45	53	48.18	26	23.63	3	2.72	110	100,0

Fuente: Matriz de Datos

La tabla N° 05, muestra que solo el 8.18 % de los adultos mayores se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida, el 7.27 % se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza y el 2.72 % realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el adulto mayor para su autorrealización, estas se presentan por desinterés asociado a falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento de los seres queridos, familiares, hijos, situaciones de pérdida, cuando fallece la pareja y se sienten solos sin apoyo, también se asocia a enfermedades, problemas sensoriales, traumatismos, estrés y otros, asimismo es necesario darle valor a las actividades que los adultos mayores realizan, por el mismo hecho que ellos quieren valerse por sí mismos, quieren sentirse útiles para la sociedad.

La autorrealización es la tendencia que tenemos todos los seres humanos a desarrollar al máximo nuestros propios talentos y capacidades, lo que hace que nos podamos sentir satisfechos y orgullosos de nosotros mismos.

La tercera edad no supone un pare en la vida de la persona, sino más bien un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol.

El equilibrio afectivo en esta etapa pasa por la aceptación de uno mismo, de los fracasos y de los logros conseguidos. Es el momento de seguir planteándose nuevas metas y nuevos intereses. Nunca debemos olvidar que mientras se vive se conserva la capacidad para disfrutar de los placeres que la vida nos ofrece. (26)

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socioafectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.

La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo, es probable que sea multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino, y hacen que se conviertan en referentes y brindadores de experiencias. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares, culturales y sociales. (26)

La satisfacción de vida es definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera (26). La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Por consiguiente, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes de la calidad de vida.

TABLA N° 06

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD EN SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

ACTIVIDAD Y EJERCICIOS	NUNCA		A VECES		FRECUENTE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica?	12	10.90	43	39.09	35	31.81	20	18.18	110	100,0
Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud?	10	9.09	30	27.27	41	37.27	29	26.36	110	100,0
Toma medicamentos solo prescritos por el medico?	14	12.72	32	29.09	34	30.90	30	27.27	110	100,0
Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud?	13	11.81	25	22.72	49	44.54	23	20.90	110	100,0
Consume sustancias nocivas: cigarro o alcohol?	92	83.63	16	14.54	2	1.81	0	0.00	110	100,0

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla N° 06 se muestra que el 18.54 % presenta responsabilidad en salud, siempre acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica, el 26.36% siempre acude a un establecimiento de salud cuando presenta alguna molestia, el 27.27% toma medicamentos solo prescritos por el médico, el 20.90% toma siempre en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud y el 83.63% nunca consume sustancias nocivas.

La poca responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores es debido a varios factores que limitan el acceso a un establecimiento de salud, siendo la falta de dinero el factor que predomina, la lejanía de sus hogares, la falta de movilidad para acudir al establecimiento de salud y el abandono de sus familiares; los adultos mayores necesitan apoyo por los

cambios que sufren en su organismo siendo uno de ellos la sordera y la baja visión que dificulta la responsabilidad en salud.

La importancia de obtener y analizar datos sobre la utilización de los servicios sanitarios está ampliamente reconocida, y entre sus aplicaciones destaca principalmente la planificación sanitaria y la evaluación de recursos. La utilización de los servicios sanitarios depende de diversos factores. Estos pueden estar ligados tanto a los usuarios/pacientes (caso de la edad, el sexo, la prontitud y el reconocimiento de los síntomas y la necesidad de buscar atención), como a factores relacionados con los servicios de salud, como es el caso del tipo de servicio, su disponibilidad y la confianza que en él se puede depositar. Una de las consecuencias de la presencia de enfermedades crónicas es la utilización de las consultas médicas y de otros servicios de salud.

Asimismo, una percepción de la salud regular o mala condiciona una mayor utilización de servicios sanitarios, principalmente de las visitas en atención primaria, tanto a médicos generales como a especialistas relacionaron los niveles de discapacidad o dependencia como determinantes en la búsqueda de curas o tratamientos médicos.

Desde diferentes perspectivas de análisis, diversos estudios afirman que las mujeres, en comparación con los hombres, utilizan más y en mayor proporción los servicios sanitarios. Algunos de estos estudios intentan demostrar el porqué de las diferencias, y otros señalan la falta de homogeneidad en la utilización de servicios por parte de hombres y mujeres según el tipo de servicio, los grupos de edad y las clases sociales. En conclusión, de manera general se afirma que las mujeres utilizan más los servicios sanitarios, a pesar de que cuando se pudiesen analizar separadamente algunos tipos de servicios, clases sociales y grupos de edad, esta tendencia podría cambiar. (38)

Es indudable que la salud es el producto no solo de las condiciones históricas y la forma como el adulto mayor se involucró o involucra con el trabajo, además guarda igualmente una relación muy importante con las formas de alimentarse, de recrearse, de educarse y, en general, con la manera de vivir de los pueblos; sin embargo, no podemos obviar que es en el trabajo donde pueden llegar a potenciarse condicionantes del estado de salud. (12)

Es decir, la salud de los adultos mayores se puede ver afectada por la forma de organización de su diario vivir, la cual se ha caracterizado por la profundización de esquemas productivos donde la actividad diaria se caracteriza por la sistematización de los ritmos de trabajo que realice este grupo de personas; los cuales constituyen factores que pudieran afectar la salud mental.

TABLA N° 07

ESCALA DEL PERFIL DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

ESTILOS DE VIDA	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SALUDABLE	12	11.00	10	9.00	22	20.00
NO SALUDABLE	27	25.00	61	55.00	88	80.00
TOTAL	39	36.00	71	64.00	110	100.0

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla N° 07 se observa la escala del perfil de los estilos de vida donde el 20% del total de los adultos mayores presenta estilos de vida saludable y el 80% presenta estilos de vida no saludable, siendo el predominante.

El 25% de adultos mayores varones presenta estilos de vida no saludable y el 55% de adultos mayores mujeres presentan estilos de vida no saludable, situación que podría presentarse en mujeres por 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.

Los estilos de vida que presentan los adultos mayores que residen en la zona rural, están determinadas por características personales, constituidas por sus reacciones habituales, influenciadas por sus condiciones de vida entre otros factores, dichas pautas de comportamientos son modificadas continuamente de acuerdo a cada situación que se presenta diariamente.

La importancia otorgada al estilo de vida en relación con la salud ha llevado a su estudio desde diversas ciencias sociales, incluidas las de la salud, con el propósito de tener una visión amplia y profunda, que sirva de base para plantear líneas de acción. El análisis del concepto de estilo de vida y de los factores que influyen en él, ha llevado a la coexistencia de por lo menos dos líneas conceptuales que implican maneras diferentes de actuar. La primera de ellas se refiere a la libre elección de conductas. Según este enfoque, las acciones deben ir encaminadas a evitar hábitos no saludables, recayendo así la total responsabilidad sobre el individuo.

Fernandez R. (2013), en su estudio sobre encontró que el 73% de los adultos mayores no practican estilos de vida saludable y un 27% si lo hacen. El 37% presentan un estado nutricional normal, el 9% presentan un estado de delgadez, el 31% sobre peso y el 3% obesidad. Realizando el análisis estadístico se concluye que existe relación estadísticamente significativa, con un nivel de significancia del 0.05% entre los estilos de vida con el estado nutricional de los adultos mayores del Centro de Apoyo Nutricional. Contrastando con los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que el 80.00% de los adultos mayores presentaron estilos de vida no saludable. (22)

Otro estudio que contrasta con el presente estudio es de Mesa B y Miranda V. (2011), donde tuvieron como resultado que el 75% de la población en estudio no tiene estilos de vida saludable, así mismo concluye que el ambiente laboral puede ejercer una influencia tanto positiva como negativa para la salud. (14)

Asimismo, los resultados de la presente investigación no guardan concordancia con los de Aparicio P. y Delgado R. (2011), quienes estudiaron sobre “Estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización Casuarinas – Nuevo Chimbote, 2011”. Donde se concluye que más de la mitad (70 %) de los adultos mayores de la urbanización Casuarinas - Nuevo Chimbote, presentan un estilo de vida saludable y el (30%) tienen un estilo de vida no saludable. (18)

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las

diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales. Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social. (29)

5.2. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA.

TABLA N° 08

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	SEXO					
	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Delgadez	12	10.91	24	21.81	36	32.72
Normal	19	17.30	33	30.00	52	47.30
Sobre peso	6	5.44	9	8.18	15	13.62
Obesidad	2	1.82	5	4.54	7	6.36
TOTAL	39	35.47	71	64.53	110	100.0

Fuente: Matriz de Datos

En la presente tabla se puede observar los resultados de la evaluación del estado nutricional según el IMC, se obtuvo que el 32.72% presenta delgadez, el 47.30% presenta un IMC normal, 13.62% presenta sobrepeso y el 6.36% presenta obesidad; en el grupo etáreo de adultos mayores residentes en la zona rural, predomina el IMC normal, esto puede deberse a la actividad física que realizan, al tipo de alimentación y otros factores que influyen significativamente en su estado nutricional.

En cuanto al estado nutricional de los adultos mayores, tenemos que, cerca de la mitad presenta un estado nutricional normal; casi la cuarta parte presenta sobrepeso y obesidad y un tercio de la población delgadez.

Se pudo observar, sin embargo, que en el distrito de Paucarcolla existe una sobrepoblación de adultos mayores, lo que dificulta su atención; además, el adulto mayor alejado de sus familiares puede presentar problemas de ansiedad, dando como consecuencia delgadez, sobrepeso y obesidad. Asimismo, los resultados encontrados posiblemente se presenten debido a que el adulto mayor no conoce o demuestra poco interés acerca de una alimentación adecuada para su etapa de vida; no tienen apoyo de sus familiares y solo consumen de lo que disponen; algunos tienen posibilidades de alimentarse mejor, pero por ignorancia consideran que como ya son ancianos solo deben comer lo necesario; además, muy pocos realizan actividad y ejercicio físico; solo se dedican a su hogar y al cuidado de los nietos. Por otro lado, existen adultos mayores que presentan delgadez debido a que solo consumen dos comidas al día, no tienen una rutina de alimentación, o llegan a consumir alimentos cuando sus familiares llegan del trabajo, sin contar con los que viven solos, causando alteraciones del aspecto emocional, como depresión, ansiedad, aislamiento, entre otros aspectos. Los resultados obtenidos se deben a una combinación entre factores culturales como las costumbres y creencias, factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física factores emocionales, tales como el abandono familiar y la depresión, factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva, factores psicosociales como pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios, así como también la ingesta exagerada, producto de estados ansiosos o de soledad.

Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y deteriora el pronóstico en patologías agudas. En los senescentes existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así, por ejemplo, se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos. Se ha reportado una elevada prevalencia de las alteraciones del estado de nutrición en los adultos mayores

(desnutrición y obesidad) y una mayor morbilidad y mortalidad asociadas a dichas alteraciones.

Perú no ha estado ajeno a la tendencia a cambiar los estilos de vida de la población, con mayor ingesta de alimentos poco saludables, ricos en grasas, azúcar y sal. También ha habido un mayor acceso a bienes de consumo como televisores, electrodomésticos, que favorecen actividades más sedentarias y menores niveles de gasto energético. Este nuevo modelo de comportamiento social trajo como consecuencia un incremento alarmante en las cifras de obesidad en todos los grupos etáreos y niveles socioeconómicos. (1)

Asimismo, estos resultados guardan relación con los encontrados por Muñoz S. y Cribillero V., quienes estudiaron el Estilo de vida y Estado Nutricional del adulto mayor en el A. H. Esperanza Baja Chimbote, donde el 50.4 % de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, 42.1 % delgadez, 6.2% Sobrepeso y el 1.3 % Obesidad. (19)

Probablemente los resultados de los estudios anteriores se aproximan con los resultados de la presente investigación, ya que probablemente estas personas adultas mayores, cumplen con un régimen alimenticio adecuado, como llevar una dieta equilibrada, libres de grasas, harinas y carbohidratos, que solo ocasionan daño a su salud, a la vez son personas que disponen con un horario disponible para recrearse, realizar ejercicios o participar en actividades como manualidades, etc. y cuentan con recursos económicos necesarios para poder sobrevivir. (19)

TABLA N° 09

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

GRASA CORPORAL	SEXO					
	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	4	3.64	14	12.73	18	16.37
Normal	19	17.27	30	27.27	49	44.54
Alto	9	8.18	17	15.45	26	23.63
Muy alto	7	6.36	10	9.09	17	15.45
TOTAL	39	35.47	71	64.53	110	100.0

Fuente: Matriz de Datos

La tabla N° 09 muestra los resultados de la evaluación del estado nutricional según el porcentaje de grasa corporal, el 16.36% presenta un porcentaje de grasa corporal Bajo, el 44.54% presenta un porcentaje de grasa corporal Normal, el 23.63% presenta un porcentaje de grasa corporal Alto y el 15.45% presenta un porcentaje de grasa corporal Muy Alto.

Las necesidades nutricionales básicas permanecen constantes, los adultos mayores presentan problemas especiales debido a las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento y a la presencia de trastornos que afectan la ingestión, digestión y absorción de los alimentos; los factores socioeconómicos, culturales, los defectos bucales, malabsorción, polimedicación, demencia, depresión, pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria, incapacidad para realizar la compra de alimentos o para alimentarse por sí mismo, nivel cultural, hospitalización o viudez reciente y otros, afectan el estado nutricional del adulto mayor.

El porcentaje de grasa corporal fue superior en mujeres que en hombres lo que muestra la situación morfológica diferenciadora entre sexos. De acuerdo con esto, la prevalencia de obesidad comparada con la obtenida utilizando los valores de IMC es mucho mayor.

Llama la atención la baja proporción de sujetos clasificados como obesos según el IMC, especialmente en las mujeres. Estas diferencias, en función del parámetro utilizado, coinciden con las observadas en otros estudios. (32) Como ya se ha apuntado anteriormente, la exactitud del IMC para estimar la composición corporal es discutible, estando afectada por sexo, raza y edad, lo cual puede conducir a una mala clasificación de la condición de obesidad. Es así como individuos diagnosticados con peso adecuado según el IMC, pueden tener un porcentaje de masa grasa elevado y otros diagnosticados como obesos con un $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ pueden tener un porcentaje de grasa dentro de límites normales. Parece que el IMC no es capaz de detectar un alto porcentaje de casos con exceso de grasa corporal, por lo que, en este grupo, este índice puede no reflejar adecuadamente la composición corporal como ya han puesto de manifiesto otros autores. (29)

En las últimas décadas ha crecido el interés por el estudio de aquellas patologías que podrían estar ligadas a factores nutricionales, muchas de ellas de carácter crónico y que constituyen verdaderos problemas de salud pública. La valoración del estado nutricional es un aspecto importante en la localización de grupos de riesgo de deficiencias y excesos dietéticos que pueden ser desencadenantes de muchas de estas enfermedades.

Son numerosos los estudios epidemiológicos y clínicos que ponen de manifiesto que los cambios cualitativos y cuantitativos en las dietas actuales junto con otros cambios en el estilo de vida reflejados en un descenso en la actividad física, han provocado un alarmante aumento en el número de personas con problemas de sobrepeso y obesidad, un incremento en las cifras de colesterol y triglicéridos, así como en las cifras de presión arterial. (30) Según algunos expertos la mejora en los hábitos alimentarios junto con la realización diaria de actividad física y el mantenimiento de un peso corporal adecuado, podría reducir la incidencia de algunas enfermedades como las cardiovasculares, diabetes, hipertensión, osteoporosis y algunos tipos de cáncer. (37)

A partir de los 50 años de edad se empiezan a observar cambios en la composición corporal y en la actividad física que pueden afectar al estado nutricional. Se suele producir un aumento de la grasa corporal que está relacionado con un mayor riesgo de enfermedades como diabetes, hipertensión o aterosclerosis. Además, a partir de esta edad y especialmente en las

mujeres durante los primeros años posteriores a la menopausia, se produce una pérdida más rápida de masa ósea que aumenta el riesgo de osteoporosis. Todo esto hace que esta década de la vida entre 50 y 60 años sea especialmente crítica para determinar la expectativa de vida y sobre todo la calidad de la misma. Valorar el estado nutricional del adulto permitirá diagnosticar problemas nutricionales que evolucionen hacia situaciones más serias e irreversibles. Está demostrado el efecto positivo que sobre la calidad de vida tienen cambios en factores de riesgo, adoptando hábitos de vida saludables como el ejercicio físico moderado o una dieta equilibrada, incluso en estas etapas de vida adulta. (15)

Son pocos los estudios realizados tanto en nuestro país como fuera de él en este grupo de población, a pesar de la indiscutible importancia social que tiene en lo que se refiere a su capacidad de producción y servicio. El objetivo de este trabajo ha sido valorar transversalmente el estado nutricional de un grupo de adultos mayores de 60 años, mediante parámetros de estilos de vida y de composición corporal.

TABLA N° 10

PERÍMETRO ABDOMINAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

PERÍMETRO ABDOMINAL	SEXO					
	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	22	20.00	4	3.63	26	23.63
Alto	14	12.73	18	16.36	32	29.09
Muy alto	3	2.73	49	44.55	52	47.28
TOTAL	39	35.47	71	64.53	110	100.0

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla N° 10 se aprecia que el 23.63% presenta perímetro abdominal Bajo, el 29.09% presenta perímetro abdominal Alto y el 47.28% presenta perímetro abdominal Muy Alto.

La acumulación de grasa abdominal es consecuencia de factores genéticos, hormonales y la presencia de estilos de vida no saludable influenciada por diversos factores tales como factores socioeconómicos y culturales.

En lo referente a la distribución de la grasa, los varones suelen tener mayor cantidad de grasa abdominal, proporcionándoles el patrón androide; en las mujeres se manifiesta por mayores cantidades de grasa glútea con mayor circunferencia de la cadera, proporcionándoles el llamado patrón ginecoide. El tejido adiposo acumulado en la región central (abdominal) afecta en mayor medida al sistema cardiovascular. Por ello, la obesidad central tiene peores consecuencias para el metabolismo, además quienes la padecen tienen altas posibilidades de acumular grasa también en varios órganos vitales. Al realizar la medición del perímetro abdominal se halló que 29.09% y 47.28% de los investigados se encuentran en riesgo, debido a presentar una medida por encima de lo considerado como máximo saludable. Es por ello que existe la presencia de otro factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, por acumulación de grasa abdominal, asociada en gran medida a la obesidad y a otras enfermedades.

En cuanto a los antecedentes del estudio se hallaron los siguientes resultados: en la investigación realizada por Patiño F. y Col. (2009), encontró que 17,4% tiene Obesidad por IMC y 52,7% de su población tiene obesidad central (39) ; contrastándolos con los resultados obtenidos, los cuales son: 13.62% de sobre peso y 6.36 de obesos por IMC y 29.09% y 47.28% de riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, tenemos que los resultados difieren marcadamente, esto podría deberse a características propias de su población, pero tiene cierto grado de contradicción por ser una población adulta madura y que no afirma que realicen actividades sedentarias como la que los adultos mayores del estudio lo realizan en las tareas agrícolas o de ganadería.

La circunferencia abdominal es una herramienta de fácil determinación y de gran utilidad en la práctica clínica, y como producto de este estudio, la medición de la CA fue incluida en las actividades de promoción y prevención en el primer nivel de atención de salud.

Una limitante de estos resultados es que el tipo de población muchas veces no se encuentra en los domicilios, ya que la visita al hogar se realiza en horas de la mañana y excluye a miembros que están fuera a esa hora, para lo cual se tuvo que ir al lugar donde se encontraban realizando tareas agrícolas (campo) especialmente los hombres. Esta limitante es para todas las actividades de visita domiciliar, por lo cual deben buscarse otras estrategias para captar a esa población; un posible lugar serían los centros de reunión del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65.

Este indicador resultó ser práctico, no invasivo, aceptado tanto por usuarios como por el personal de salud, y puede ser utilizado en la prevención en el nivel comunitario; permitió identificar población en riesgo que, por su edad, demandan los servicios de salud por enfermedades cardiovasculares, pero que podría ser incluida en intervenciones locales de prevención y promoción de la salud, del primer nivel de atención.

5.3. 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.

TABLA N° 11

RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES CON EL INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES	ESTADO NUTRICIONAL			
	IMC			
	Valor X_c^2	Valor X_t^2	SI	DECISIÓN
Dimensión alimentación	8,34	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Actividad y ejercicio	7,11	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Manejo del stress	6,76	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Apoyo interpersonal	7,32	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Autorrealización	5.86	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Responsabilidad en salud	6.78	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha

Fuente: Matriz de Datos

En cuanto a la relación de los estilos de vida con el Índice de Masa Corporal de los adultos mayores beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 del Distrito de Paucarcolla, se observa que al análisis estadístico, para los estilos de vida según las dimensiones de alimentación, actividad y ejercicio, manejo del stress, autorrealización y responsabilidad en salud relacionado al IMC, se encontró que la X_c^2 es mayor que X_t^2 en cinco dimensiones del estilo de vida, por lo tanto se rechaza la Ho y se acepta la Ha, por lo

tanto los estilos de vida si tienen relación con el índice de masa corporal de los adultos mayores .

Los resultados encontrados nos muestran que hay adultos mayores que, aunque llevan un estilo de vida no saludable presentan un alto índice de estado nutricional normal y que teniendo un estilo de vida saludable muestran sobrepeso, delgadez y obesidad.

Estos resultados nos llevan a asumir que en esta investigación el estilo de vida afecta significativamente al estado nutricional del adulto mayor; haciendo una comparación con los resultados del estudio de los autores Fulgencio, A. y Velásquez, H. (2012), encontraron que el 60% tienen un estilo de vida saludable y un 40% no saludable, concluyendo que hubo relación entre el estilo de vida y el estado nutricional.

La salud de los adultos mayores se asocia al estilo de vida, debido a que el estilo de vida saludable procura el bienestar del ser humano, mejora su calidad de vida, así como también proporciona mejores condiciones para enfrentar el periodo de la vejez.

TABLA N° 12

RELACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES CON EL PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA – PUNO, 2015.

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES	ESTADO NUTRICIONAL			
	PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL			
	Valor X_c^2	Valor X_t^2	SI	DECISIÓN
Dimensión alimentación	7.23	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Actividad y ejercicio	6.73	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Manejo del stress	6,56	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Apoyo interpersonal	5.68	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Autorrealización	6.24	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Responsabilidad en salud	6.58	5,99	$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha

Fuente: Matriz de Datos

Según el tratamiento estadístico encontramos que la Ji calculada es mayor que la Ji tabulada en relación a los estilos de vida según dimensiones con el porcentaje de grasa corporal de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria Pensión 65 del Distrito de Paucarcolla. Se observa que al análisis estadístico para los estilos de vida según las dimensiones de alimentación, actividad y ejercicio físico, manejo del stress, autorrealización y responsabilidad con el IMC se encontró que la $X_c^2 > X_t^2$ por lo tanto se rechaza la Ho y se acepta la Ha, por lo tanto los estilos de vida si tienen relación con el porcentaje de grasa corporal de los adultos mayores.

Se plantea que un nivel alto de grasa corporal constituye un predictor independiente de discapacidad relacionada con la movilidad de los ancianos, según muestran los hallazgos de un estudio poblacional que abarcó individuos de 65 a 100 años de edad. (30)

Si bien los cambios en la composición corporal son consecuencia de un proceso multifactorial y se producen a lo largo del proceso de envejecimiento incluso en personas sanas, existen evidencias de que el estilo de vida juega un papel de especial relevancia sobre la masa grasa, muscular y ósea. (38)

TABLA N° 13

RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES CON EL PERIMETRO ABDOMINAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA - PUNO, 2015.

ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES	ESTADO NUTRICIONAL					
	PERIMETRO ABDOMINAL					
	Valor	X_c^2	Valor	X_t^2	SI	DECISIÓN
Dimensión alimentación	6.17		5,99		$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Actividad y ejercicio	5.43		5,99		$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Manejo del stress	6,34		5,99		$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Apoyo interpersonal	6.73		5,99		$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Autorrealización	6.13		5,99		$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha
Responsabilidad en salud	6.24		5,99		$X_c^2 > X_t^2$	Se rechaza Ho y se acepta Ha

Fuente: Matriz de Datos

Según la prueba estadística se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula en vista de que la Ji calculada es mayor a la ji tabulada, lo que significa que los estilos de vida según

dimensiones tienen relación con el perímetro abdominal de los adultos mayores del programa de los adultos mayores del distrito de Paucarcolla.

Asimismo, la obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial, en cuyo desarrollo están implicados determinantes genéticos y ambientales. Se manifiesta por una alteración en la composición corporal, provocando un aumento del compartimento graso. En la mayoría de los casos, el aumento de los depósitos de tejido adiposo va acompañado de un aumento del peso corporal, dando lugar a un aumento considerable del riesgo de aparición de comorbilidades que afectan la calidad y esperanza de vida. (40)

Los resultados antes descritos confirman la relevancia de la obesidad, y en especial de la grasa abdominal, respecto al desarrollo de riesgo cardiovascular en nuestra población estudiada. Algunos autores consideran que la grasa perivisceral, tiene una buena correlación con el perímetro de la circunferencia abdominal y actualmente, se tiende a utilizar la circunferencia de la cintura y el IMC como indicadores de riesgo asociado a desarrollar comorbilidad.

CONCLUSIONES

1. Con respecto a los estilos de vida del adulto mayor se encontró que el 20% del total de los adultos mayores presenta estilos de vida saludable y el 80% estilos de vida no saludable.
2. Al evaluar el estado nutricional según, el IMC, el 47.30% de los adultos mayores se encuentran normales, 32.72% presentan delgadez, 13.62% sobrepeso y 6.36% obesidad; respecto al porcentaje de la grasa corporal, el 16.36% su porcentaje de grasa es bajo, 44.54% normal, 23.63% alto y 15.45% muy alto. Asimismo, el 23.63% presenta perímetro abdominal bajo, 29.09% alto y 47.28% muy alto.
3. Al relacionar la variable estilo de vida según dimensiones con el índice de masa corporal, grasa corporal y perímetro abdominal de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 se encontró que los estilos de vida según dimensiones si tiene relación con el estado nutricional de los adultos mayores.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados e instrumentos utilizados en el presente estudio se presentan las siguientes recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados y recomendaciones de la presente investigación a los adultos mayores y a la Municipalidad Distrital de Paucarcolla con la finalidad de buscar participación en la formulación de estrategias que comprendan actividades preventivas promocionales que posibiliten la adopción de estilos de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima: Editorial Sinco Editores; 2006.
2. Spitzer, Heidi. Situación Actual del Adulto Mayor en el País. Arequipa: Editorial Asociación Adulto Feliz; 2011.
3. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2012 -2014.Marco nacional e internacional. Lima: Editorial Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2015.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estado de la población peruana 2015 - INEI. Perú; 2015 [Citado 2016 enero 15]. Disponible en URL: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf
5. Ministerio de Salud. Población Adulta Mayor. 01 de Octubre Día Mundial del Adulto Mayor “Todos Envejecemos Promovamos Juntos Adultos Mayores Activos y Saludables”. Lima – Perú. 2008. [citado 2016 Nov 02]. Disponible en URL:http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2008/adulto_mayor/prin
6. Centro de Apoyo Armonización de Salud y Cultura Splendor. Proyecto Splendor Casa Hogar para la Tercera Edad. Lima – Perú. 2004. [citado 2016 Nov 20]. Disponible en URL: [http://imagenes.tupatrocinio.com/img-bbdd/documentos/Proyectoa %20Resumi](http://imagenes.tupatrocinio.com/img-bbdd/documentos/Proyectoa%20Resumi).
7. Ministerio de Salud. Dirección General de las Personas. Lineamientos para la Atención Integral de salud de las Personas Adultas Mayores. Lima – Perú. 2005. [Citado 2016 Nov 10]. Disponible desde URL:<http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.p>.
8. González L.; Rodríguez A. Planteamiento de un Centro de día Gerontológico Basado en las Condiciones Socioeconómicas, Culturales y de Salud de las Personas Mayores de sesenta años de la Ciudad de Tunja. Colombia: Universidad Pedagógica de Colombia; 2004; [Citada 2016 Nov 13]. Disponible en URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0125.pd>
9. Servicio Nacional del Consumidor. Nutrición y cuidados del Adulto Mayor. Recomendaciones para una Alimentación Saludable. Chile. 2004. [citado 20 Mayo 2016]. Disponible desde el URL: www.sernac.cl/download.php?id=1097&n=1

10. Ministerio de Salud. Norma técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica del Adulto Mayor. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (documento de Trabajo en revisión área de normas – CENAN/INS). Lima – Perú. 2005. [citado 20 41 de Mayo 2016]. Disponible desde URL: http://www.hospitalhualar.gob.pe/imagenes/biblioteca/NUTRICION/Norma_Val_Nut_ADULTO_MAYOR.pdf
11. Juárez L. Evolución del Estado Nutricional del Adulto Mayor. México 2005. 16o edición. [citado 20 de Mayo 2016]. Disponible desde URL: [http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-16 2005/documentos/02.htm](http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-16%202005/documentos/02.htm).
12. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Sexual. Situación Actual de las Personas Mayores. Lima – Perú. 2002. [citado 20 de Mayo del 2016]. Disponible desde URL: <http://ruby.mimdes.gob.pe/cendoc/dgpam/adultasmayores.doc>.
13. Peña B. y Col.. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 14, núm. 2, abril-junio, 2009.
14. Meza B., Miranda V. “Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en grupos poblacionales de una Empresa Transnacional en el periodo 2005 – 2008”. Costa Rica. 2011.
15. Sánchez F, De La Cruz F, “Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal - Lima”. 2012.
16. Tarqui M. y Col. “Estado Nutricional Asociado a Características Sociodemográficas En El Adulto Mayor Peruano – Lima,”. Rev Perú Med Exp Salud Pública. (2010)
17. Mamani G. Factores socioculturales que se relacionan con el estilo de vida del adulto mayor del club Virgen de las Mercedes. Tacna. 2012.
18. Aparicio P. y Delgado R. “Estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización Casuarinas – Nuevo Chimbote, 2011”. 2011
19. Muñoz S y Cribillero V “Estilo de vida y estado nutricional en el adulto mayor en el A.H. “Esperanza Baja” -Chimbote 2010. Chimbote. Universidad católica de los Ángeles de Chimbote. 2010
20. Fulgencio, M y Velásquez M. Estilo de vida y el estado nutricional en el adulto mayor Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2010.

21. Camacho V.; Gomez G. estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en la Urb. El Carmen – Chimbote 2010. Chimbote 2010.
22. Fernández R. Estilos de vida y estado nutricional de adultos mayores del Centro de Apoyo Nutricional Arequipa. 2013.
23. Quispe N. En su estudio “Estilos de vida, hábitos alimentarios relacionados con las condiciones de salud de los trabajadores de obras de la Municipalidad Provincial de San Román. Diciembre del 2013 – Marzo del 2014” Juliaca – Puno. 2014
24. Hanco Y. Estilos de vida del personal del hospital II-I de Ilave. junio - octubre del 2014”. Ilave – Puno. 2014
25. Luque M. L. “Hábitos alimentarios en relación al estado nutricional de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno 2011”. Perú. 2011.
26. Ortiz J.B; Castro M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia contribución de enfermería. Ciencia y Enfermería 2009. [citado 24 Mayo 2016]. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717
27. Guía práctica de clínica. Evaluación y Seguimiento nutricional del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. 2014.
28. OMS. Factores comportamentales de la salud mental y los adultos mayores 2016. [citado 16 Enero 2017]. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=fs381/es.
29. Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. Centro de documentación virtual en recreación, tiempo libre y ocio. Servicio de la fundación colombiana de tiempo libre y recreación. Costa Rica. 2009. [citado 20 Mayo 2016]. Fumlibre. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
30. Barrón P. y Col. Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso. Chile. 2006.
31. FAO/OMS. Conferencia Internacional sobre Calidad de Vida. [citado 22 de Mayo 2016]. Disponible desde URL: <http://www.FAO/OMS1.gob.pe/imagenes/biblioteca>.
32. Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. & Frank - Stromberg, M. Predicting health - promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research. 1990.

33. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Valoración Nutricional Antropométrica durante la Etapa de Vida Adulto Mayor Mujer y Varón. NTS N°. - MINSA / INS -CENAN. 2009.
34. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor, Lima. 2013
35. Aranceta J. y Col. Hábitos alimentarios de la población anciana institucionalizada en España. Libro blanco de la Alimentación de los mayores. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2004
36. Olivares S, Zacarías I. Guía de alimentación saludable y necesidades nutricionales del adulto. Universidad de Chile. 2011.
37. Caballero J. Aspectos generales de envejecimiento normal y patológico fisiología y fisiopatología. 3ª edición Elsevier-Masson. Barcelona. 2010.
38. Carbajal A. y Col. "Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa: Euronut-SENECA. Estudio en España. 2013.
39. Patiño F. y Col. Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. 2009.
40. Cerna A, Reyes Ch. Estilo de vida y nivel de conocimiento en las personas diabéticas atendidas en el consultorio externo de endocrinología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Chimbote. 2007.

ANEXOS

ANEXO N° 01

ESCALA DEL ESTILO DE VIDA

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

	ITEMS	CRITERIOS			
		N	V	F	S
	ALIMENTACIÓN				
1	Ud. Ingiere desayuno almuerzo y comida?				
2	Ud. Consume pescados al menos una vez por semana?				
3	Ud. consume pollo, pavo, gallina, pato, en la semana?				
4	Todos los días Ud. Consume alimentos balanceados que incluyan verduras, frutas, carne, legumbres, cereales, productos lácteos y granos?				
5	Consume de 6 a 8 vasos de agua al día?				
6	Ud. Consume alimentos muy salados o dulces?				
7	Ud. Consume alimentos que contengan grasas (mantequilla, queso, carnes grasosas y mayonesas)?				
8	Ud. Consume algunos suplementos nutritivos adicionales?				
9	Al ingerir sus alimentos el tiempo que demora es al menos de 40 minutos?				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO				
10	Ud. camina 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana?.				
11	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo?				
12	Ud. duerme al menos 6 horas diarias?				
13	Ud. duerme bien y se levanta descansado?				
14	Ud. utiliza pastillas, hierbas o infusiones para dormir?				
	MANEJO DEL ESTRÉS				
15	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida?.				
16	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación?.				
17	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación?				
18	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración?				
	APOYO INTERPERSONAL				
19	Se relaciona con los demás?.				

20	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás?				
21	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas?				
22	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás?				
AUTORREALIZACIÓN					
23	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida?				
24	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza?				
25	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal?				
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
26	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica?				
27	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud?				
28	Toma medicamentos solo prescritos por el medico?				
29	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud?				
30	Consumo sustancias nocivas.: cigarro o alcohol?				

CRITERIOS DE CALIFICACION

NUNCA : 1
 A VECES : 2
 FRECUENTEMENTE : 3
 SIEMPRE : 4

PUNTAJE MAXIMO : 100 PUNTOS

Estilos de vida Saludable : 60 - 120
 Estilos de vida No Saludable : 30 - 59

ANEXO N° 02

FICHA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE:.....

EDAD:.....SEXO:.....

ANTROPOMETRÍA

PESO:

TALLA:

PERIMETRO ABDOMINAL:

% DE GRASA CORPORAL:

DIAGNOSTICO:

ANEXO N° 03**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo....., identificado con DNI N° , acepto participar en el estudio “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, luego de haber sido informado acerca del procedimiento que se realizará en la presente investigación.

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento.

Paucarcolla, febrero del 2016.

.....
Nombres y apellidos:
DNI:

ANEXO N° 04
PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Pruebas de chi-cuadrado^a

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,243 ^b	3	,356
Razón de verosimilitudes	2,951	3	,399
Asociación lineal por lineal	2,906	1	,088
N de casos válidos	71		

a. Estilos de vida - IMC

b. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,41.

Pruebas de chi-cuadrado^a

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,411 ^b	2	,110
Razón de verosimilitudes	4,342	2	,114
Asociación lineal por lineal	4,298	1	,038
N de casos válidos	39		

a. Estilos de vida - PC

b. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,67.

Pruebas de chi-cuadrado^a

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,991 ^b	2	,609
Razón de verosimilitudes	1,550	2	,461
Asociación lineal por lineal	,919	1	,338
N de casos válidos	71		

a. Estilos de vida - PCC

b. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,56.