

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Escuela de Posgrado**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO  
NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE  
ACUDEN AL PUESTO DE SALUD  
CAIRANI DE TACNA, 2021

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**EDITH MAGALI MAMANI ILLACHURA**

**Para optar el Grado Académico de:**  
**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)**  
**CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

**TACNA – PERÚ**

**2023**


**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN  
ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD  
CAIRANI DE TACNA, 2021**

Tesis sustentada y aprobada el 12 de Junio del 2023; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE :   
.....  
Dr. JUAN JOSÉ EVARISTO CHANGLLIO ROAS

SECRETARIO :   
.....  
Mgr. PATRICIA LUZ NINAJA BOHORQUEZ

MIEMBRO :   
.....  
Dra. RINA MARÍA ÁLVAREZ BECERRA

ASESOR :   
.....  
Dra. RINA MARÍA ÁLVAREZ BECERRA

## CONSTANCIA

La suscrita, hace constar que la egresada de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann:

### **Doña EDITH MAGALI MAMANI ILLACHURA**

Ha concluido la tesis denominada *RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CAIRANI DE TACNA, 2021*, la que reúne los requisitos de forma y de fondo, exigidos por la Escuela de Posgrado. Asimismo, se ha realizado la corrección lingüística y gramatical del documento.

Asimismo, se adjunta la Constancia de Similitud Turnitin, según el procedimiento establecido en el artículo 12° inc. E; 13°; 14°; 15° ;16° y 19° de la RR 8464-2021-UNJBG [Resultado: Porcentaje de similitud baja permitida de 8 % (ocho por ciento)].

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Tacna, 15 de marzo de 2023



Dra. Rina M. Alvarez Becerra

ASESORA

## **DEDICATORIA**

*A Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y culminar con éxito esta etapa de mi vida.*

*A Mis padres Rufino y Angelina que me han enseñado su espíritu progresista y su apoyo invaluable en cada instante, desde que comencé mi maestría.*

*A los adultos mayores del Distrito de Cairani, por su cariño y participación en el estudio.*

*A mis docentes de la Maestría de Salud Pública y en especial a la Dra. Rina Alvarez por por su dedicación, enseñanza y tiempo en la formación recibida.*

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	iv
RESUMEN .....	x
ABSTRACT .....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.1.1. Antecedentes del problema .....	4
1.1.2. Problemática de la investigación .....	6
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2.1. Problema general.....	9
1.2.2. Problemas específicos .....	9
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA .....	9
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES .....	11
1.5. OBJETIVOS .....	11
1.5.1. Objetivo general.....	11
1.5.2. Objetivos específicos .....	11
1.6. HIPÓTESIS .....	12
1.6.1 Hipótesis general .....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO .....	13
2.1.1. Ámbito internacional .....	13
2.1.2. Ámbito nacional .....	18
2.1.3. Ámbito local.....	25
2.2. BASES TEÓRICAS .....	27
2.2.1. Estado nutricional .....	27
2.2.2. Evaluación nutricional .....	28
2.2.3. Estilos de vida .....	31

2.2.4. Estilo de vida no saludable.....	38
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	40
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....	43
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	43
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	43
3.2.1 Población .....	43
3.2.2 Muestra .....	43
3.2.3 Criterios de inclusión.....	44
3.2.4. Criterios de exclusión.....	44
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	45
3.3.1. Caracterización de las variables.....	45
3.3.2. Definición Operacional de las variables .....	45
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.4.1. Acciones previas.....	46
3.4.2. Instrumentos.....	47
3.4.2.1. Guia de Entrevista Sociodemográfica .....	47
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....	50
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	50
4.2. ANÁLISIS DE LA VARIABLE ESTILOS DE VIDA .....	58
4.3. ANALISIS DE LA VARIABLE ESTADO NUTRICIONAL.....	70
4.4. ANALISIS DE AMBAS VARIABLES .....	72
4.5. DÓCIMA DE HIPÓTESIS .....	74
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN .....	75
CONCLUSIONES .....	84
RECOMENDACIONES .....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

ANEXOS ..... 109

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Medidas de tendencia central y de resumen en Adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	50
Tabla 2. Adultos mayores según grupo etario que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	52
Tabla 3. Adultos mayores según género que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	54
Tabla 4. Adultos mayores según estado civil que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	56
Tabla 5. Adultos mayores según la dimensión de alimentación, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	58
Tabla 6. Adultos mayores según la dimensión actividad y ejercicio, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	60
Tabla 7. Adultos mayores según la dimensión manejo del estrés, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	62
Tabla 8. Adultos mayores según la dimensión apoyo interpersonal, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	64
Tabla 9. Adultos mayores según la dimensión autorrealización, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	66
Tabla 10. Adultos mayores según la dimensión responsabilidad en salud, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	68
Tabla 11. Adultos mayores según su estado nutricional, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	70
Tabla 12. Adultos mayores según su estilo de vida y estado nutricional, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	72

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Medidas de tendencia central y de resumen en Adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	51
Figura 2. Adultos mayores según grupo etario que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	53
Figura 3. Género de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	55
Figura 4. Estado civil de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	57
Figura 5. Adultos mayores según la dimensión de alimentación, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	59
Figura 6. Adultos mayores según la dimensión actividad y ejercicio, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	61
Figura 7. Adultos mayores según la dimensión manejo del estrés, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	63
Figura 8. Adultos mayores según la dimensión apoyo interpersonal, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	65
Figura 9. Adultos mayores según la dimensión autorrealización, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	67
Figura 10. Adultos mayores según la dimensión responsabilidad en salud, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	69
Figura 11. Adultos mayores según su estado nutricional, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	71
Figura 12. Adultos mayores según su estilo de vida y estado nutricional, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021 .....	73

## RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre estilos de vida y estado nutricional de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani de Tacna 2021. Metodología: Es una investigación tipo cuantitativo de diseño descriptivo. Comprendió una muestra de 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani y se aplicó un cuestionario de estilo de vida y estado nutricional. Los datos se procesaron en una base de datos de Microsoft Excel y luego se exportaron a una base de datos del software estadístico SPSS versión 28,0. Los datos se muestran en una tabla y se trazan los gráficos respectivos. Se utilizó una prueba de independencia de Chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95 y un nivel de significación de  $P < 0,05$  para establecer relaciones entre las variables de estudio. Resultados: Se observó a 58 (48,3) con peso normal y el 95 tiene un estilo de vida no saludable. Conclusión: La mayoría de las personas mayores viven una vida poco saludable, mientras que la mayoría vive una vida saludable, pero casi la mitad está bien alimentada. Aplicando la prueba de chi-cuadrado, no hubo asociación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional.

**Palabras clave:** Estilos de vida, estado nutricional, adultos mayores, Puesto de salud.

## **ABSTRACT**

Objective: Determine the relationship between lifestyles and nutritional status of older adults who attend the Cairani de Tacna 2021 Health Post. Methodology: it is a quantitative research of descriptive design. It comprised a sample of 120 older adults who attended the Cairani Health Post, and a lifestyle and nutritional status questionnaire was applied. The data was processed in a Microsoft Excel database and then exported to a SPSS version 28.0 statistical software database. The data is displayed in a table and the respective graphs are drawn. A Chi-square test of independence with a confidence level of 95 and a significance level of  $P < 0,05$  was used to establish relationships between the study variables. Results: 58 (48,3) were observed with normal weight and 95 had an unhealthy lifestyle. Conclusion: Most of the seniors live an unhealthy life while the majority live a healthy life, but almost half are well-nourished. Applying the chi-square test, there was no significant association between lifestyle and nutritional status.

**Keywords:** Life Styles, Nutritional Status, Elderly, Health center

## INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio es determinar la relación entre estilos de vida y estado nutricional en adultos mayores que asisten a un establecimiento de salud de Tacna, 2021, contribuir a aumentar el conocimiento de una realidad existente en el adulto mayor.

La motivación del investigador es aportar a la mejoría en el estilo de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cairani. Dar mayor interés en el cuidado, requiriendo un compromiso moral de una salud integral de parte de los profesionales de la salud, quienes deben enfocar profunda y resueltamente su cuidado buscando mejorar la calidad de vida.

El envejecimiento de la población a nivel mundial está en aumento en número, en el 2017, se calculó que hay 962 millones de personas; es decir, 13 de la población mundial (1). Con relación a Europa la población longeva tiene mayor proporción (25). Para 2030, la población mundial será de 1,400 millones, con 76 millones de personas mayores de 60 años en América Latina y el Caribe, y para 2050 esta cifra llegará a 198,2 millones (1).

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística (2), el Perú cuenta con 3,345.552 adultos mayores, es decir el 10,4 del total. Según las previsiones para 2050, se espera el incremento del número de personas.

Hoy en día, las enfermedades infecciosas ya no son la principal causa de muerte entre la población de mayor edad del mundo, sino estilos de vida y comportamientos inaceptables que contribuyen al sobrepeso, la obesidad y otras dolencias (3). Todo esto contribuye a 31 millones de muertes cada año en el Perú en 2018, con 83,600 personas falleciendo por estas enfermedades (3).

Según el Instituto Danone en España, el estado nutricional de las personas mayores se ve afectado por los malos hábitos que han desarrollado a lo largo de los años, y tienen mayor riesgo de desnutrición por diversas razones, como bajo consumo de alimentos, falta de apetito, pérdida de

apetito, menor ingesta de agua, anorexia, dificultad para masticar los alimentos, deterioro de la función digestiva, enfermedades crónicas que lo conviertan en un factor de riesgo (4).

En España, las personas mayores están en riesgo de desnutrición y obesidad con consecuencias físicas que afectan las dimensiones económicas y sociales, con un 45,0 no come saludablemente y un 35,0 está en riesgo de nutrición y un 7,0 está en riesgo de desnutrición (4). Del mismo modo, las pautas de un estilo de vida saludable, incluida la dieta, la actividad física reducida y la reducción del sueño, tienen consecuencias negativas para la salud (4).

En Latinoamérica, la salud de los adultos mayores es un problema debido a un estilo de vida poco saludable que provoca la mayoría de las enfermedades que se presentan en otras etapas, menor actividad física, mala alimentación y malos hábitos, lo que puede tener impacto negativo. Por eso es crucial la implementación de programas de promoción de la salud (5).

El Perú no es ajeno a estos problemas de salud; un estilo de vida poco saludable aumenta las enfermedades crónicas y degenerativas. En general, las enfermedades cardíacas y las enfermedades no transmisibles debidas a una mala alimentación que va en aumento (6).

A esta problemática no se escapa los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani a quienes se aplicó dos instrumentos para la recopilación de información a través de la entrevista, mediante contacto directo con la persona a través de una conversación interpersonal, preparada bajo una dinámica de preguntas y respuestas sobre el tema relacionado con la problemática de investigación y el uso de equipos antropométricos para la evaluación del peso y talla. La interacción verbal fue inmediata y personal, donde una parte es el entrevistador, quien formula las preguntas, y la otra persona es el entrevistado.

La encuesta realizada fue estilos de vida que es una técnica que permite la recopilación de información, de manera sistemática y ordenada de la población, sobre las variables consideradas en la investigación, que posteriormente mediante un análisis cuantitativo, se procesaron los datos para depuración, codificación y tabulación; finalmente se generaron las conclusiones, recomendaciones que correspondieron a los datos recogidos.

Los resultados que se obtuvieron fueron un estilo de vida no saludable en la mayor parte de los adultos mayores y casi la mitad de los mismos, con un estado nutricional de índice de masa corporal normal, cabe mencionar que es un establecimiento de salud a una distancia de cinco horas de la ciudad, lo que dificulta el consumo de alimentos en buen estado.

El presente trabajo de investigación se ha estructurado, del siguiente modo:

- Capítulo I, en el que se expone el planteamiento del problema, relacionadas a las variables de estudio.
- Capítulo II, que comprende el marco teórico, integrado por los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y la definición de términos básicos.
- Capítulo III, en el que se expone la metodología cuantitativa utilizada en la investigación.
- Capítulo IV, en el que se evidencian los resultados obtenidos de acuerdo a las variables de estudio.
- Capítulo V, en el que se realiza la discusión de resultados y, finalmente, las conclusiones y recomendaciones que ponemos a disposición.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

##### **1.1.1. Antecedentes del problema**

El aumento de la población de adultos mayores es un fenómeno mundial, no solo envejecerán, sino que el número de adultos mayores aumentará significativamente (7). Por todo esto, en el mundo viven alrededor de 600 millones de personas mayores de 60 años, se espera que en los próximos 20 años esta cifra aumente al 20 %; muchos de estos tendrán incluso más de 80 años (7).

El anciano aprendió el comportamiento toda su vida. Estos comportamientos forman parte de un estilo de vida y están influenciados por características individuales y factores socioeconómicos que influyen en la salud como factor positivo o de riesgo (8). Asimismo, la inadecuada práctica se evidencia en las cifras epidemiológicas, como también el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas en la vejez, así como el riesgo latente de discapacidad (8).

Esto sucede porque estamos en una etapa en la que se están abandonando algunos hábitos saludables, ciertas conductas de riesgo, como el tabaquismo, la mala alimentación, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol (9) son causantes que pueden contribuir de forma independiente a incrementar la morbimortalidad, siendo una de las principales causas de muerte que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables, que implica la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (9). Además las principales enfermedades con alta incidencia son el sobrepeso, la hipertensión, la artritis, la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares.

Todos están relacionados con los malos hábitos alimenticios, también la falta de ejercicio y la falta de vivienda (9).

Los factores de riesgo relacionados con el comportamiento, aumentan la prevalencia de estas enfermedades que son el resultado de estilos de vida poco saludable, cada vez se hacen más frecuentes y se consideran un problema de salud pública (10).

En los adultos mayores, la desnutrición afecta negativamente la función física y/o cognitiva, el bienestar y la calidad de vida en general (11). Además, el aumento de la incidencia y la mortalidad por enfermedades agudas y crónicas aumentan el acceso a los servicios de salud, las estancias hospitalarias y los costos generales de atención de la salud (11). Que son considerados uno de los grupos más vulnerables para sufrir problemas nutricionales, comprende los resultados existentes entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos (12). No obstante cuando se presenta un desequilibrio entre el consumo y gasto energético se genera un deterioro, ya sea por exceso o defecto que tiene consecuencias en la salud, es decir el estado nutricional va a depender del nivel nutricional que han llevado en su vida (12).

Así mismo los adultos mayores, no institucionalizados y autónomos son un grupo que suelen tener riesgo de malnutrición. La prevalencia o el riesgo de padecerla, varía según la independencia y el lugar donde vive el adulto mayor (13).

Por tal razón, la situación de malnutrición es un factor de riesgo para muchas enfermedades agudas y/o crónicas como ser la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer y osteoporosis (13).

La desnutrición es uno de los principales síndromes geriátricos que se presenta en las personas mayores e impacta negativamente en su salud

y calidad de vida (14). También provoca alteraciones en el estado inmunológico, aumenta la complicación de procesos infecciosos y de diversas condiciones médicas y provoca discapacidad (14).

El problema de la obesidad y la desnutrición, han llegado a tal punto que se considera la epidemia del siglo XXI en el mundo, se reporta que desde el año 2012, se han incrementado (15). Dicho esto actualmente la prevalencia de obesidad va aumentando tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Por tal razón, es uno de los problemas más graves a nivel mundial (15).

Existe una tendencia provocada principalmente por la transición nutricional, fenómeno que proviene de la globalización de los mercados y la rápida urbanización como se ha mencionado anteriormente, en los adultos mayores ha aumentado el consumo de alimentos hipercalóricos (16). Además en Latinoamérica varió del 41,0 al 61,0 entre 1980 y el 2013, según el estudio en Argentina la prevalencia de obesidad paso del 14,6 registrado en el año 2005, al 18 en 2009 y el 20,8 en 2013; lo que implica un aumento del 42,5 (16). Por ende el aumento los hace más vulnerables a padecer enfermedades cardiovasculares, así como cáncer y pérdida de la memoria (16).

### **1.1.2. Problemática de la investigación**

El envejecimiento de la población es una de las implicancias demográficas y sociales derivadas del desnivel de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida; las consecuencias que dicho fenómeno expone ante la sociedad actual y sus sistemas lo hacen tributario de grandes y complejas decisiones gubernamentales y estatales, adquiriendo mayor relevancia para el sector salud (17). A todo esto prepararse para afrontar el envejecimiento y tener una sociedad más

amigable es una prioridad por el sistema de salud, la intersectorialidad constituye una vía esencial para mejorar la calidad de vida (17).

Los europeos de más de 65 años aumentarán del 17,4 en 2010 al 30,0 en 2060, más de 1 millón de personas tendrá la edad de 90 años o más en el 2024 en Italia y el 65,0 en 2050 en China, serán 330 millones de personas al año y 100 millones de adultos mayores de 80 años (18). Sin embargo la población de América Latina y el Caribe está envejeciendo a un ritmo acelerado, hacia el 2030 se estima que los adultos mayores pasarán a representar el 15,0 de toda la población (18).

Se sabe que los problemas nutricionales asociados a los adultos mayores en Latinoamérica son responsables de las transiciones tróficas, fenómeno definido por la alta prevalencia de desnutrición por sobrepeso (19).

En América Latina, países como Chile han multiplicado por 6,8 el número absoluto de personas mayores desde 1950, cuando había 416,741 personas de 60 años y más, y en 2017 había 2850,171 personas en este grupo de edad, es decir, un 16,2 de la población de Chile (20).

La población de adultos mayores en el Perú es de 10,4 %, la que se considera vulnerable social y económicamente, de alto riesgo de malnutrición, se estima que la cifra para el 2050 será de 8,7 millones (21).

En Tacna el 8,7 son adultos mayores de una población 341,838 habitantes, de los cuales (29,722). Asimismo la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en mujeres (22).

El predominio de la desnutrición en América Latina en la población longeva varía entre 4,6 y 18,0; lo que ocasionaría el deterioro de la capacidad funcional, la calidad de vida, la morbilidad y mortalidad (23). Además el sobrepeso y la obesidad en este grupo etario, es superior en mujeres que en hombres, repelando negativamente sobre la salud (23).

Estudios realizados en Brasil y Chile encontraron que los adultos mayores de bajos recursos tenían factores de riesgo de estilo de vida asociados a una menor ingesta de verduras, frutas, carnes, lácteos y leche, además de la actividad física (6). Asimismo las enfermedades cardiovasculares causan aproximadamente dos terceras partes de las muertes que ocurren en todo el mundo, el 80 % de las cuales se registran en los países de ingresos bajos y medianos (6).

Perú es uno de los países de América Latina más golpeados por la pandemia de Covid-19. De hecho el impacto ha sido sin precedentes en el acceso a los servicios de salud, alimentación, educación y protección frente a la violencia (24). Por otra parte la suspensión en los servicios de salud durante la pandemia afectó las coberturas y la pobreza extrema, provocando que en la actualidad no se pueda cubrir la canasta básica de alimentos (24).

Predominante en las zonas cercanas a la ciudad, aumenta a medida que disminuyen las tasas de pobreza. A nivel de departamentos la mayor prevalencia de sobrepeso fue en el departamento de Tacna (52,4), seguido por Ica (47,9), también Callao y Tumbes con cifras (43,4), (43,3) respectivamente y Moquegua (41,8) (25).

En el Distrito de Cairani, de la provincia de Candarave, no se ha realizado estudios en la población del adulto mayor y se propuso este tema de investigación con la finalidad de que los resultados obtenidos constituyan una pauta que oriente cambios, para que el personal de salud ponga énfasis en la atención integral a este grupo que por mucho tiempo se ha encontrado en el olvido.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿De qué manera los estilos de vida se relacionan con el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani de Tacna, 2021?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿De qué manera la alimentación se relaciona con el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani del distrito de Cairani, 2021?
- ¿De qué manera la actividad y ejercicio se relacionan con el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani de Tacna, 2021?
- ¿De qué manera el manejo del estrés se relaciona con el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani de Tacna, 2021?
- ¿De qué manera el apoyo interpersonal se relaciona con el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani de Tacna, 2021?
- ¿De qué manera la autorrealización se relaciona con el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani de Tacna, 2021?
- ¿De qué manera la responsabilidad en salud se relaciona con el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani de Tacna, 2021?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

En el Perú, como en el resto del mundo, la esperanza de vida va en aumento (26). Además, se estima que la población de mayor edad crezca de 3 millones en 2015 a una cifra que duplicaría en 2050 de 8,7 millones.

Asimismo, en la actualidad existen en el país 3345,552 adultos mayores, o sea el 10,4 de la población total (27).

La motivación del presente estudio es mejorar el estado nutricional de los adultos mayores, ya que se sabe que la población longeva no recibe la atención adecuada por parte de sus familias y la sociedad, lo que se traduce en una mala calidad de vida y baja moral para brindar una mejor vida en estilos saludables. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el estilo de vida y el estado nutricional de los ancianos, a partir del hecho de que los ancianos son miembros de una familia.

Los beneficios son para toda la familia, no solo para los ancianos. Esto porque al saber que los adultos mayores tienen un mejor estilo de vida y una buena alimentación dejan de lado las preocupaciones familiares y beneficia a toda la comunidad, ya que previene enfermedades que derivan en neumonías y pueden causar problemas de salud.

El propósito de la investigación es identificar los estilos de vida y el estado nutricional de la persona de mayor edad del Distrito de Cairani, con el fin de minimizar los problemas de salud en este grupo etario y fortalecer los programas de promoción y prevención de la salud para brindar atención integral adecuada.

## **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **Alcances**

La presente investigación se realizó en el Puesto de Salud Cairani en el 2021, se empleó el instrumento a través de la entrevista. Fue autofinanciado y el instrumento fue aplicado en el turno de la mañana.

### **Limitaciones de la investigación**

El presente estudio presentó limitaciones, el adulto mayor, generalmente no proporciona en forma espontánea toda la información necesaria, siente desconfianza al momento de contestar las preguntas en la entrevista.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor que acuden al Puesto de Salud Cairani.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Identificar el estilo de vida que practica el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cairani.
- Valorar el estado nutricional del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cairani.
- Relacionar el estilo de vida y el estado nutricional del Adulto mayor que acude al puesto de salud Cairani.

## **1.6. HIPÓTESIS**

### **1.6.1 Hipótesis general**

Según el estudio de Tafur J. El envejecimiento se acompaña de una serie de cambios que afectan directamente el estado nutricional de los adultos mayores, aumentando el riesgo de deficiencias nutricionales (11).

Por lo tanto guarda una relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cairani.

### **1.6.2 Hipótesis específicas**

- El estilo de vida se relaciona significativamente con el estado nutricional del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cairani.
- El estilo de vida no se relaciona significativamente con el estado nutricional del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cairani.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

##### 2.1.1. Ámbito internacional

Guzmán (28), investigó sobre: *“Los adultos mayores constituyen el grupo más vulnerable ante la pandemia por COVID-19”*; en México, sus condiciones biopsicosociales podrían potenciar su vulnerabilidad. Método: Se analizó afiliación a sistemas de salud, condiciones de salud y evaluación gerontológica de 3218 adultos mayores conforme a la metodología de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento OPS-México. Resultados: 88,6 % de los adultos mayores refirió afiliación a un sistema de salud, indicaron padecer diabetes mellitus 30,2 %, hipertensión arterial 52,4 %, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 10,3 % , enfermedad cardiaca 4,1 % y evento vascular cerebral 5,6 % , respectivamente; 15,6 % reportó incontinencia urinaria y 11,3 %, fecal; 12,1 % de las mujeres indicó haber padecido en algún momento cáncer de mama y 6,3 %, cáncer cervicouterino. Se observó el hábito de fumar tabaco en 11,1 %, riesgo de malnutrición en 32,8 %, malnutrición establecida en 4,1 %, dependencia funcional para las actividades básicas en 16,3 % e instrumentales de la vida diaria en 17,6 %. Conclusión: La evaluación gerontológica integral es fundamental para la atención eficiente de los adultos mayores que padecen COVID-19 y para la adecuada atención por los efectos o condiciones de salud al terminar el confinamiento por la pandemia.

Villaseñor (29). Investigó sobre como *“Evaluar el consumo de alimentos no saludables y prácticas de estilo de vida en mexicanos durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19)”*. Material y métodos: Estudio transversal realizado durante parte del confinamiento en México. La

recolección de datos fue realizada a través de una encuesta digital. Se evaluaron las dimensiones de estilo de vida, dieta, bienestar, y variables sociodemográficas. Para los análisis estadísticos fueron utilizadas la prueba  $\chi^2$  para comparar diferencias entre género, con significancia estadística del 5 %, utilizando el software SPSS 23.0. Resultados: Se analizaron 1084 estudios. La edad media fue de  $35,5 \pm 13,9$  años y el 66,5 % (n=721) eran mujeres. En cuanto a la alimentación antes del confinamiento, el 69,8 % (n=757) consideraba su alimentación saludable, el 6,5 % (n=99) la consideraba muy saludable y el 23,7 % (n=228) la consideraba poco saludable El 2,3 % (n=26) consideraba que su alimentación había mejorado. En cuanto al sueño, las mujeres durmieron menos durante la lactancia (p=0,002) y despertaron más durante la noche que los hombres (p<0,001). Conclusion: Factores como la alimentación y el sueño presentaron alteraciones en ese período del confinamiento. Es importante destacar la relevancia de esos factores, pues una buena alimentación y el descanso contribuyen para un mejor fortalecimiento del sistema inmunológico.

Valderrama (30). Investigó sobre como “*Identificar las directrices en educación alimentaria y nutricional dirigidas a la población adulto mayor reportadas en la literatura científica entre los años 2015 y 2021*”. Metodología: Se realizó una revisión de literatura haciendo uso de cadenas de búsqueda en bases de datos, se definieron y aplicaron los criterios de selección y finalmente se utilizaron los software Nvivo y Microsoft Excel para los análisis cualitativos y cuantitativos de la información obtenida. Resultados: Se obtuvo una muestra inicial de 106 artículos, la cual fue depurada para obtener una muestra final de 17 artículos. Estados Unidos fue el país con mayor afiliación de autores y los años con mayor producción fueron el 2017 y 2018. Por otro lado, se identificó para realizar EAN con el adulto mayor, se debe tener en cuenta la duración de las intervenciones y sesiones, el lugar para desarrollarlas, es necesario conocer las estrategias metodológicas adecuadas y hacer uso de los modelos de mayor efectividad con esta población. Conclusiones: Se evidenció que realizar intervenciones

con actividades prácticas brindan al adulto mayor herramientas que fomentan su independencia y actividad física. Además, para que el adulto mayor genere cambios es necesario el uso de modelos que permiten reconocer las barreras, motivaciones y beneficios percibidos al realizar cambios de comportamiento para la toma de buenas decisiones alimentarias.

Rodriguez (31) Investigó como *Evaluar el estado nutricional de adultos mayores institucionalizados en diferentes Centros Geriátricos en el Área Metropolitana de Caraca*. Se evaluaron 126 voluntarios entre 60 y 96 años, a quienes se les aplicó el Mini Nutritional Assessment. El instrumento identificó riesgo nutricional en 48,4 % de los sujetos, con malnutrición 5,6 % y 46,0 % sin problemas nutricionales; las mujeres presentaron las mayores prevalencias de malnutrición y riesgo, mientras que los hombres un estado nutricional adecuado. Por sexo y edad, las mujeres y los hombres de 80 años y más mostraron las mayores prevalencias de malnutrición y riesgo cuando fueron comparados con aquellos de menor edad. Un bajo consumo de líquidos por día, un IMC inferior o igual a 23 kg/m<sup>2</sup> y un limitado desempeño físico fueron los elementos que se observaron con mayor frecuencia en los adultos mayores evaluados. En conclusión, la alta prevalencia de riesgo de malnutrición en este grupo poblacional, indica la necesidad de incluir dentro de la valoración geriátrica integral, un instrumento de evaluación del estado nutricional, rápido, sencillo y no invasivo.

Toapaxi (32). Investigó sobre *“Estilo de vida y su influencia en el estado de salud de los adultos mayores del Sector la Unión, Provincia de Cotopaxi, Ecuador Toapaxi 2020”* Introducción: El estilo de vida es aquella elección consciente o inconsciente de practicar ciertos comportamientos que se van adquiriendo con el paso del tiempo y que en ocasiones son difíciles de modificar, influyendo principalmente en la salud. Objetivo: Analizar el estilo de vida y su influencia en el estado de salud de los adultos mayores del Sector la Unión, Provincia de Cotopaxi, Ecuador Toapaxi 2020. Métodos: Estudio cuantitativo, correlacional, transversal, con una muestra censal de

35 adultos mayores, se aplicó el instrumento fantástico y el cuestionario Salud SF-12, ambos instrumentos válidos y confiables. Los datos obtenidos fueron procesados a través del software estadístico PSPP, por medio del cálculo de la distribución numérica, porcentual y la prueba de Chi Cuadrado, con significancia estadística ( $p < 0,05$ ). Resultados: En los datos demográficos predominan el sexo en 63 %, 71 % son indígenas, el 44 % con edad entre 60-70 años, en los adultos mayores predominó el estilo de vida bueno con una diferencia significativa  $p < 0,05$  en relación al estilo de vida fantástico y regular, en la alimentación la mayoría consume dietas hiposódicas y bajas en grasas, mantienen un peso adecuado, automedicación ocasional y 43% presenta dolor corporal que dificulta un poco sus labores. Conclusiones: La población mantiene un estilo de vida adecuado, sin embargo, se evidenció debilidades que se deben fortalecer con actividades educativas de promoción de salud como el poco consumo frutas y verduras, hábitos cafeicos frecuentes.

Alonso (33). Investigó sobre la *“Importancia de estilos de vida en adultos mayores hipertensos, del Centro del adulto mayor Renta Luque. 2019”*. Introducción: La Hipertensión Arterial es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por la elevación persistente de la tensión arterial sistólica, diastólica o ambas cifras. Objetivo: Determinar los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos del Centro del Adulto Mayor “Renta Luque” 2019. Siendo las variables del estudio estilos de vida, el cual consta de tres dimensiones, nutrición, actividad física y hábitos nocivos. Materiales y métodos: La investigación se llevó a cabo mediante el método descriptivo de tipo cuantitativo. La muestra de este estudio se constituyó por 100 adultos mayores de ambos sexos con edades comprendidas entre los 60 y 80 años, con patología de base hipertensión arterial. Para conocer los estilos de vida se aplicó el cuestionario validado por expertos en metodología de investigación y especialistas médicos que consiste en 21 ítems de distintos criterios relacionados con el estilo de vida. Resultados: Con la información de los cuestionarios se realizó un análisis, presentándose una síntesis

gráfica de los resultados más relevantes de esta información. Los resultados de este estudio servirán como base para fomentar, con fundamentos reales, la práctica de actividad física, nutrición y los hábitos nocivos en la adquisición de hábitos saludables de la población nacional, generando el aporte para estudios posteriores sobre la relación de estas mismas variables en diversas poblaciones. Conclusión: Mantener un estilo de vida saludable es vital para garantizar la calidad de vida de este grupo etario. Es importante que cuenten con apoyo psicológico permanente, además de un estricto control nutricional, realización de ejercicios pasivos como yoga para evitar el alto nivel de stress que suelen presentar los adultos mayores en especial con comorbilidades como la hipertensión arterial.

Barrón (34). Investigó sobre *“ El envejecimiento es un tema de salud pública cada vez más relevante, siendo los hábitos alimentarios y el estado nutricional fundamentales en el estilo de vida de los adultos mayores, 2016”*. El objetivo de este trabajo fue determinar hábitos alimentarios, estado nutricional, actividad física y estilo de vida del adulto mayor activo, pertenecientes a 3 grupos organizados de la comunidad de Chillán. Estudio cuantitativo de corte transversal con una muestra de 183 adultos mayores. Los hábitos alimentarios y la actividad física se evaluaron mediante un instrumento basado en las guías alimentarias actuales. La evaluación del estado nutricional mediante antropometría e IMC y el estilo de vida con el cuestionario fantástico. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva univariada, bivariada y con la prueba de chi-cuadrado en el programa STATA 12.0 con  $\alpha=0,05$ . El 65 % y 32 % de los AM realizaban 3 y 4 tiempos de comida respectivamente. En promedio, consumían 5 porciones de frutas y verduras (60 %) y una porción de lácteos el (87 %), legumbres (95 %), pescados (90 %). El 46 % consumía 6 a 8 vasos de agua al día. El 80 % usaba sal extra y el 42 % no consumía grasas saturadas. El 100 % realizaba algún tipo de actividad física y el 96 % clasificó en estilo de vida bueno y muy bueno. El estado nutricional predominante fue normal (52 %), el cual se relacionó con el consumo de lácteos ( $p= 0,027$ ). La participación

social de AM en grupos organizados de la comunidad, es un elemento protector de la salud que promueve estilos de vida saludables relacionados a la alimentación, actividad física y adecuado estado nutricional, favoreciendo un envejecimiento saludable o exitoso.

Corral (35). Investigó sobre *“El estado nutricional y mental de los adultos mayores de la zona céntrica de Guayaquil”*, prestando especial atención a los casos de desnutrición y depresión presentados al realizar los procesos de medición y encuestas en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio de la Torre Marcilla durante el período Junio-Agosto 2014, por lo que para lograr el objetivo se utilizó como material de apoyo las medidas de estatura y peso individual, entrevistas alimentarias personalizadas, frecuencia de consumo de alimentos, encuestas de hábitos y escala de Yesavage y la evaluación de estado de ánimo y de la depresión. El estudio tiene un enfoque cuantitativo y cualitativo y transversal, realizado con 30 pacientes voluntarios del Centro, y con el objetivo de demostrar la relación entre el estado nutricional y el estado anímico de los adultos mayores a 65 años en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio de la Torre Marcilla, lo cual se logró demostrar al relacionar los estados nutricionales de los individuos con sus resultados de Yesavage, encontrando que la depresión tiene una menor incidencia en quienes mantienen un peso normal para su estatura y edad, es decir un índice de masa corporal dentro de los rangos de la normalidad influye positivamente en el buen ánimo del paciente y un mejor desempeño de las actividades que mantienen la calidad y estilo de vida del mismo.

### **2.1.2. Ámbito nacional**

Tantalean (36). Investigó sobre *“Estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor en el Asentamiento Humano La Victoria del Distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020”*. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor en el Asentamiento Humano La Victoria del Distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a

febrero 2020. Metodología: no experimental de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la muestra fue de 40 adultos mayores, como instrumento se utilizó la Escala de Estilo de Vida”, elaborada por Walker, Sechrist y Pender, en 1990, modificado por las licenciadas en Enfermería Díaz R; Delgado R; y Reyna E (2010). Resultados: 60,0 % (24), 57,5 % (23) hombres, 66,5 % (26) analfabetos, 52,5 % (21), 67,5 % (27) analfabetos, 60-70 años en el asentamiento humano “La Victoria” se dedican a la agricultura, tienen de 1 a 3 hijos el 57,5 % (23), y el 45,0 % (18) son de religión del séptimo día. El 85,0 % (34), tenían una vida no saludable y solo el 15,0 % (6) tenían una vida saludable. De estos, el 57,5 % (23) presenta desnutrición, el 20,0 % (8) con sobrepeso y obesidad el 10 % (4). Solo el 42,5 % (17 personas) de los ancianos se encontraban en peso óptimo. En cuanto a la dieta el 28,0 % (7) lleva una vida poco saludable. En cuanto al ejercicio y ejercicio, el 24,0 % (6) de los estudios encontraron que los de mayor edad no presentan una de vida saludable. El manejo del estrés, el 33,3 % (5) vida saludable. En el apoyo, el 16,0 % (4) no tenía una vida saludable. Por otra parte, en cuanto a la autopercepción, el 26,7 % tiene vida saludable. Cuando se trata de responsabilidad y la salud de las personas mayores, se encontró que el 20,0 % lleva una vida buena. En resumen, hay relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en las personas de mayor edad.

Cabrera (37). Investigó sobre la *“Relación que existe entre el Nivel del estilo de vida y el Nivel cognitivo del adulto mayor que asiste al Centro de Salud”*. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, correlativo, de corte transversal, destinado a esclarecer la relación entre los niveles de estilo de vida y los niveles cognitivos en adultos mayores que asisten a centros médicos. Con 52 muestras definidas. Las herramientas utilizadas fueron la Escala de Estilo de Vida de Incentivos a la Salud y el Mini Test de Estado Mental. Se encontró el 60 % de ancianos tenían un estilo de vida no adecuado y el 40 % tenía un estilo adecuado. Presentaba deterioro cognitivo leve el 52 %, deterioro cognitivo normal el 31 % y deterioro cognitivo

moderado el 17 %. No hubo casos severos en este estudio. CONCLUSIONES: Existe una relación significativa entre los estilos de vida que promueven la salud y los niveles cognitivos en adultos mayores. ( $p=0,000$ ).

Aquino (38). Objetivo: *Establecer una comparación del estado nutricional entre micropruebas antropométricas y de valoración nutricional en adultos mayores que acuden a la consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.* Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal utilizando la Evaluación Nutricional Mínima Mínima (MNA) y medidas antropométricas en 180 adultos de 60 años o más que laboran en los consultorios externos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, se utilizó la circunferencias de brazos, pantorrillas y cintura para evaluar el estado nutricional. Se realizaron estadísticas descriptivas y chi-cuadrado para determinar relaciones entre variables.  $p < 0,05$  se consideró significativo. Resultados: El 57,2 % de los ancianos con riesgo de desnutrición, el 41,7 % de los con IMC normal, el 29,4 % de los con sobrepeso IMC y el 59,4 % de los con riesgo de desnutrición eran hombres, el 27 % eran mujeres en desnutrición. Se encontró asociación entre MNA y circunferencias de brazo, pantorrilla y cintura. Conclusiones: Los adultos mayores que acuden a consultorio externo tienen prevalencia de riesgo de desnutrición y delgadez a predominio del sexo masculino.

Coyllo (39). El presente trabajo de investigación titulado: *“Comparación del estado nutricional en adultos mayores provenientes de zonas urbanas y rurales hospitalizados en el Servicio de Medicina del hospital de Quillabamba 2016”*. Los objetivos fueron comparar y determinar el estado nutricional de adultos mayores urbanos y rurales ingresados en la unidad de medicina del Hospital de Quillabamba. Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y comparativo; se aplicó el instrumento Mini Valoración Nutricional (MNA). En cuanto a parámetros antropométricos se

ha medido; peso, talla, circunferencia de pantorrilla, pliegues cutáneos y se calculó el IMC. Se determinó las concentraciones séricas de albúmina y hemoglobina como parámetros bioquímicos. Estadísticamente se aplicó la prueba de diferencia de medias: Software Minita. Para comparar la diferencia del estado nutricional de zona rural y urbana. De los 100 adultos mayores evaluados por el MNA, el 95 % se encontraban desnutridos y en riesgo de desnutrición en zonas rurales; mientras que el 91 % estaban desnutridos y en riesgo de desnutrición en áreas urbanas. Usando el IMC, el 39 % tenía bajo peso y el 23 % desnutrición leve, moderada y severa; en las zonas urbanas, el 36% eran normales, el 24 % tenían sobrepeso y obesidad, y el 16% tenían desnutrición leve y moderada. En circunferencia de cintura, el 69 % presentaba desnutrición y el 16 % sobrepeso y obesidad; en las zonas urbanas, el 58 % estaba desnutrido y el 27 % tenía sobrepeso y obesidad. En las zonas rurales, el 61 por ciento de las personas se clasificaron con sobrepeso y obesidad por estado nutricional por porcentaje de grasa corporal; en las ciudades, el 79 por ciento eran obesos y con sobrepeso. La hipoalbuminemia estuvo presente en el 69 % de las áreas rurales; 66 % en ciudades. La prevalencia de anemia fue de 67 % en áreas rurales, 63% en áreas urbanas. La prevalencia de desnutrición y anemia fue similar en áreas rurales y urbanas. Pero el sobrepeso y la obesidad son mayores en las zonas urbanas. La mayoría de las personas mayores tienen sobrepeso y son delgadas. Estadísticamente, comparando el estado nutricional urbano y rural a través de MNA, no hay diferencia significativa  $p=0,467$ ; IMC tiene diferencia significativa  $p=0,036$ ; PC sin diferencia significativa  $p=0,176$ ; el porcentaje de grasa corporal tiene diferencia significativa  $p=0,012$ ; ninguna diferencia significativa para la albúmina sérica Diferencia de género  $p=0,51$ ; sin diferencia significativa en hemoglobina  $p=0,708$ .

Perea (40). Investigó sobre “ *La relación que existe entre Calidad de Vida y Estado Nutricional del adulto mayor atendidos en la IPRESS 1-3 San Antonio Iquitos 2020*”, Estudios básicos no experimentales de tipo

descriptivo correlacional; seleccionados al azar 50 pacientes de edad avanzada; los resultados fueron; no se encontró relación estadística entre calidad de vida y valor nutricional,  $p=0,779$ ; según la correlación de las dimensiones de calidad de vida, bienestar emocional, no hubo correlación estadística  $p=0,779$  entre el bienestar social y el estado nutricional  $p=0,589$ , pero sí se encontró una correlación estadísticamente significativa  $p=0,013$  entre el estado económico y Estados nutricionales. Se concluyó que la calidad de vida y el estado nutricional en esta población fueron independientes, al igual que las dimensiones de la salud emocional y social, pero la dimensión del estado económico y el estado nutricional de los adultos mayores en IPREES 1-3 San Antonio-Iquitos 2020 se correlacionaron.

Garcia (41). Investigó sobre *“La relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Desarrollo Integral de la Familia, Tumbes, 2020”*. Utilizando diseños cuantitativos, relacionales, no experimentales, transversales e investigación microsociológica. La población fue 47 ancianos que asisten a un centro de desarrollo; para la obtención de datos sobre hábitos alimentarios y un formulario de evaluación nutricional que incluía datos sobre las características antropométricas de los adultos mayores para evaluar el estado nutricional los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores. Los resultados del estudio son: mostraron hábitos alimentarios "adecuados" el 68,1 % de los ancianos, hábitos "inadecuados" el 31,9 % "; en cuanto a las variables del estado nutricional, el 51,1 % tenían una alimentación normal, el 23,4 % eran delgados, tenían sobrepeso el 21,3 % y el 4,3 % eran obesos; utilizando la prueba de chi-cuadrado el resultado fue  $p=0,851$  ( $p<0,05$  IC 95 %), lo que indica que no hay asociación con los hábitos alimentarios y el estado nutricional

Avelino (42). Investigó sobre el *“Estilo de vida de los usuarios del programa del adulto mayor del hospital regional docente de Trujillo-2015”*, Entre los participantes del programa HRDT del MINSa para adultos mayores,

comprender sus hábitos alimentarios, salud y problemas relacionados con el estilo de vida. El enfoque metodológico ha sido de tipo cuantitativo – cualitativo para obtener no solo los datos cuantitativos sino las vivencias y subjetividades de esta población de estudio, para lo cual, se aplicó un cuestionario y una guía de entrevista a fin de conocer el estilo de vida de los usuarios del programa del Adulto Mayor. De la población total de 125 se ha estudiado una muestra de 60 usuarios, que acudían frecuentemente al Hospital Regional. La investigación, ha permitido reconocer el estilo de vida en sus dimensiones: biológica, social y psicológica. El Informe está organizado en cuatro capítulos. En el capítulo I, se da a conocer la realidad en la cual se desenvuelve el problema en estudio, la definición de las variables a estudiar; bajo el planteamiento del problema, se plasman las hipótesis y los objetivos sobre los cuales se basa la investigación; de igual manera se desarrollan los enfoques teóricos empleados y aspectos de la realidad problemática relevante. En el capítulo II, se desarrolla la metodología empleada en la presente investigación, en donde se presentan los métodos, técnicas, instrumentos y la población en estudio. En el capítulo III, se muestran los resultados obtenidos en la investigación. Finalmente, en el capítulo IV se desarrolla el análisis y discusión de los resultados. Así también, se presentan las conclusiones a las que se llegaron en dicha investigación y a su vez se realizan algunas recomendaciones tanto para el desarrollo de acciones de prevención, como para el desarrollo de futuras investigaciones sobre el tema y con la población usuaria.

Chaua (43). Investigó sobre *“Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. Cooperativa Huancaray, 2018.”* La investigación que responde a métodos cuantitativos es de tipo descriptivo de diseño no experimental. El universo fue construido por 80 viejos. Utilizando métodos de encuesta como herramienta para el estilo de vida y el formulario de evaluación nutricional, se detectó que el 37,50 % (30 personas) de los adultos mayores vivían una vida saludable con una alimentación, dieta y nutrición estables. BMI y el

62,50 % (50) de otras personas llevan una vida poco saludable, poniendo en peligro su salud. También tienen diferente estado nutricional, podemos ver que tenemos un 10,00 % de pacientes con bajo peso, solo un 36,25 % normal, un 38,75 % con sobrepeso y un 15 % obeso, Conclusión: el estilo de vida tiene relación con estado nutricional.

Díaz (44). Investigó sobre *“Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor EsSalud Cajamarca”*, Estudio descriptivo transversal correlacional para determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en adultos mayores de la Cohorte de EsSalud, febrero de 2017. La muestra fue 180. Los datos se recopilaron mediante dos instrumentos: una escala de estilo de vida y un formulario de evaluación dietética basado en el índice de masa corporal para personas de 60 años o más. Utilizando el chi-cuadrado para determinar la relación, se llegaron a las siguientes conclusiones: La mayoría de los adultos mayores que participaron en el estudio tenían un estilo de vida poco saludable. De acuerdo con la dimensión estilo de vida, los aspectos de estilo de vida de actividad física y crecimiento mental recibieron la mayor proporción de comportamientos saludables. En cuanto a la nutrición, casi la mitad de los participantes tenían un estado nutricional alterado y más de una cuarta parte eran obesos, con la diferencia de obesidad y emaciación. En el grupo de adultos y adultos mayores de EsSalud, no hubo correlación significativa  $P > 0,05$  entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores; sin embargo, hubo una asociación altamente significativa con chi-cuadrado  $P < 0,003$  para hombres según el sexo.

Neyra (45). Investigó sobre *“Estilos de vida del adulto mayor que acuden a medicina complementaria del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, octubre – 2019”*. Materiales Y Métodos: Se propone un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal. A 100 personas Se aplicó 'FANTASTIC', que cubre 10 dimensiones Resultados: Una prueba de confiabilidad aplicada a las dimensiones encontró que se obtuvo un valor

mínimo de 0,705 para las dimensiones de alcohol y otras drogas y un valor máximo para la tercera dimensión. El coeficiente de introspección es de 0,848. El nivel de vida se clasifica en 5 etapas, de las cuales el 2,0 % está en la zona de peligro, el 23,0 % está por debajo y el 15,0 % vive una vida pleno. El 27,0 % tiene una vida saludable, mientras que el 33,0 % tiene un estilo de vida bueno. CONCLUSIONES: Entre los adultos mayores el 33 % logró un excelente estilo y el 27 % logró un nivel bueno.

Taco (46). Investigó sobre *“Estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del distrito de Polobaya, Arequipa 2015”*. Estudios cuantitativos, relacionales y transversales en diseño. La población de 80. Se utilizan dos herramientas; tabla nutricional basada en el índice de masa corporal y escala de estilo de vida y. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para determinar las relaciones. Las características generales fueron las siguientes: tenían entre 70 y 79 años el 55 %, los hombres con un 57,5 %, estaban casados el 40 %, el 68,8 % nivel de primaria, trabajo independiente y no estaban con alguna patología el 66,3 %. Descubrieron que el 70 % lleva una vida poco saludable, el 30 % lleva una vida saludable, presentaba sobrepeso el 62,5 %, seguido del 35 % con IMC normal. Resultado: La mayoría de ancianos con sobrepeso vivían vidas saludables, lo que no se asoció con el chi 2, probando así que no hay relación entre el estilo de vida y el estado nutricional.

### **2.1.3. Ámbito local**

Colca (47). Investigó sobre *“Relación entre estilos de vida y estado nutricional de alumnas de 10 a 12 años de la institución educativa primaria 42014 José Jiménez Borja – Tacna, 2018”*. Las variables de quién son el estilo de vida y el estado nutricional. El objetivo principal fue establecer la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en escolares. Materiales y métodos: Se consideró a las niñas de 10 a 12 años en los grados 5 y 6. La muestra por 105 estudiantes mujeres. Se utilizaron cuestionarios de estilo

de vida y estado nutricional. Resultados: Realiza 4 comidas al día el 61,0 %, recibe dinero el 45,7 % y almuerzo por entretenimiento y desayuna todos los días el 90,5 %. Dicen que nunca comen alimentos nocivos, mantienen un horario regular de comidas y comen frutas y vegetales, por lo que existe una frecuencia de consumo de alimentos. En cuanto a los hábitos de vida, (84,8 %) alimentación saludable, (81,9 %) irregular ejercicio. La evaluación del estado nutricional encontró que el 51,4 % estaban bien alimentados y el 48,6 % tenían problemas nutricionales. No existe asociación entre el estilo de vida y el estado nutricional en escolares.

Caballero (48). Investigó sobre el *“Estado nutricional y los hábitos alimentarios en los estudiantes de medicina del VII ciclo de la universidad privada de Tacna 2017.”* Los estudiantes universitarios sobre todo de medicina debido a su gran carga académica, desarrollan estilos de vida que tienen mucha influencia en el comportamiento alimentario con tendencia a omitir el desayuno, comer a deshoras, abusar del consumo de comida rápida y de bebidas azucaradas, lo cual constituye un riesgo a corto y mediano plazo para enfermedades metabólicas. Dentro de los principales objetivos se tiene determinar si existe relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los alumnos de medicina del VII ciclo, el presente trabajo se considera como un estudio transversal, se trabajó con una población y muestra de 50 estudiantes del VII ciclo 2017. Los datos se recogieron mediante una encuesta de hábitos alimentarios basado en el índice de alimentación saludable americano ya validado. Así mismo se evaluó el estado nutricional mediante el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura. Como resultados se tiene que el índice de masa corporal (IMC) en 40 % de los estudiantes correspondió con sobrepeso/obesidad y el 60 % normal. En circunferencia de cintura el 40 % de estudiantes tuvieron valores aumentado y sustancialmente aumentado, que corresponde a obesidad visceral y riesgo metabólico y cardiovascular. El 60 % restante tuvieron valores de circunferencia de cintura normales; sobre el “Índice de alimentación saludable” (IAS) se demostró que el 82 % de los estudiantes

necesita cambios en su alimentación, el 16 % tienen alimentación poco saludable y solo el 2 % presenta una alimentación saludable. El estado nutricional y los hábitos alimentarios de los alumnos de medicina VII ciclo UPT 2017 no son adecuados.

Serrano (49). Investigó sobre *“Estilos de vida y el estado nutricional del personal de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de la Región - Tacna; 2016.”* Estudio cuantitativo mediante estimaciones de correlaciones descriptivas y una muestra poblacional (45). Se aplicaron dos herramientas: Una escala de estilo de vida y un panel observacional de evaluación nutricional. El análisis y procesamiento se realizó con el software SPSS versión 23.v para generar tablas, gráficos y porcentajes simples y se extrajeron las siguientes conclusiones. La mayoría (68,9 %) de los dietistas tienen una vida poco saludable y un porcentaje menor (31,1 %) tienen una vida saludable. El 51,1 % reportaron sobrepeso, y reportaron ser obesos un 22,2 %. Hay una relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional como lo demuestra la aplicación de la prueba  $\chi^2$  y  $p < 0,05$ .

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Estado nutricional**

Es el balance entre las necesidades y la ingesta, otros nutrientes y múltiples determinantes caracterizados por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psicosociales, económicos y ambientales (50). De esta forma son tres las causas básicas de los problemas nutricionales: Alimentación, salud y cuidados, debido a los efectos de los cambios económicos de la población adulta mayor que no son inmediatas, la inseguridad alimentaria es solo un causante y los individuos tienen diferentes mecanismos de adaptación a las bajas ingestas (51).

Son tres las causas básicas de los problemas nutricionales (desnutrición proteico - energética, carencias de micronutrientes y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación) (52).

- Alimentos: Disponibilidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y de buena calidad;
- Salud: Estado personal de salud, estilo de vida y utilización de los servicios de salud (52).

### **2.2.2. Evaluación nutricional**

Es el análisis de los datos de la antropometría, dietéticos, bioquímicos y clínicos. Esta información es para determinar el estado nutricional, ya que se ve afectado por la absorción y utilización de nutrientes (53).

#### **2.2.2.1. Nutrición**

La nutrición es el consumo de alimentos de acuerdo con las necesidades dietéticas del cuerpo. Del mismo modo, una buena nutrición es una base fundamental de la buena (54). Asimismo debilita la inmunidad, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades, perjudica el desarrollo físico, mental y reduce la productividad (55).

#### **2.2.1.2. Medidas Antropométricas**

La antropometría ha sido ampliamente utilizada como indicador entre la salud y la nutrición (55).

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación son: el peso, la talla; los valores de estas medidas no tienen significado por sí solos, a menos que se relacionen con la edad (56). Asimismo cuando se establecen relaciones entre ellos se llaman índices, como ser el peso para la edad P(E), la talla para la edad T(E) y el peso para la talla P(T) (56).

**Peso:** Una escala de composición corporal necesaria. Sin embargo, podemos estimar la trayectoria del peso comparando el peso actual con el peso anterior. Este dato es útil porque la pérdida grave es una discapacidad para las personas mayores (57).

**Talla:** Es la estatura de la persona, realizada en posición erguida, desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza, medida en centímetros (57).

### **Índice de Masa Corporal**

El índice de masa corporal ha sido ampliamente utilizado para la evaluación del estado nutricional de los adultos mayores, resaltando la importancia de recibir intervenciones en el área de la nutrición y de la salud pública (58).

La clasificación antropométrica del equilibrio nutricional debe hacerse en función del índice de masa corporal, y en este sentido se utilizan los valores obtenidos de las mediciones de ganancia de peso y talla, (59) para calcular el índice, al final de:  $IMC = \text{peso (kg)} / (\text{altura (m)})^2$  y los resultados deben compararse con la clasificación del IMC para el estado nutricional (59) .

### **Valores del índice de masa corporal**

**Delgadez:** La pérdida de peso puede ser el resultado de una infección prolongada, una enfermedad o el consumo de ciertos medicamentos (60).

Las personas adultas mayores con un  $IMC \leq 23,0$  se clasifican como desnutridos debido a una calificación nutricional de 'delgado' o deficiente, asociada con una variedad de problemas, incluidos problemas mentales, sensoriales, físicos, sociales, orales, gastrointestinales y aumento del catabolismo entre otras (60).

**Normal:** Los adultos mayores con un IMC de 23 a menos de 28 se clasifican como de estado nutricional 'normal', y este es el IMC que se debe mantener en todo momento (61).

**Sobrepeso:** Adultos mayores con un IMC  $\geq 28$  a  $< 32$  que se categorizan como 'sobrepeso' en el balance nutricional, estado de desnutrición por exceso de sustancias, alto aporte calórico y alimentación irregular, existen características como tener hábitos y menor ejercicio (60).

**Obesidad:** La obesidad se define como una enfermedad singularizado por un exceso de grasa corporal, que va acompañado de aumento de peso (60).

Los cambios evolutivos en el cuerpo a menudo ocurren durante el envejecimiento, incluida la pérdida de agua corporal, el agrandamiento del compartimiento de grasa (aumento del 14 % al 30 %) y la pérdida de masa muscular y ósea (62). Después de eso, la masa magra disminuye gradualmente a medida que el esqueleto el músculo disminuye en aproximadamente 0,5 % a 1 % por año. Disminuye un 15 % entre los 60 y los 70 años, y alrededor de un 30 % a partir de esta edad (63).

Los adultos mayores con un IMC  $\geq 32$  pertenecen al grupo de evaluación nutricional de obesidad, con otras enfermedades crónicas no transmisibles, cáncer de mama, artrosis y trastornos del movimiento (64).

## **Equipo**

Báscula mecánica de suelo (sin barra de altura integrada): Báscula corporal, resolución de 100 g, peso de carga de 140 kg o superior. Cualquier cosa que necesite ser calibrada regularmente con pesas, estándares de balanza certificados (65).

Tallímetro fijo de madera: El dispositivo de medición de altura debe colocarse sobre una superficie lisa, plana y no rugosa y la tabla debe colocarse en un plano perpendicular al piso (65).

### **2.2.3. Estilos de vida**

#### **2.2.3.1. Dimensión alimentación saludable**

Aquella que contribuye a cada individuo todos los alimentos esenciales para cubrir sus necesidades nutricionales en las diferentes etapas de vida (66).

La nutrición es un conjunto de procesos mediante los cuales nuestro organismo, utiliza, transforma e incorpora una serie de sustancias (67). De la misma forma cumplen tres fines básicos: aportar la energía, el funcionamiento de las estructuras corporales, construir y reparar, regular los procesos metabólicos; el consumo de una dieta saludable y balanceada (67).

Estos incluyen proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y el agua para prevenir enfermedades, como osteoporosis, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer (68). Además a medida que envejece su cuerpo y su vida cambian necesita menos calorías y suficiente nutrientes (68).

Comer alimentos que le entregan muchos nutrientes sin demasiadas calorías extra, como:

- Frutas y vegetales
- Granos integrales, como avena, pan integral y arroz integral
- Leche descremada, mantequilla, queso bajo en calorías, o leche de arroz o de soya fortificada con vitamina D y calcio
- Pescados, mariscos, carnes magras, aves y huevos
- Frijoles, nueces y semillas.

#### **Proteínas:**

Las proteínas ayudan a transportar las grasas, el oxígeno y los anticuerpos que intervienen en la protección del organismo, e interfieren en

la formación de los tejidos corporales que intervienen en la regeneración del cabello y las uñas (69).

Se necesita alimentos completos y ricos en proteínas porque ayudan a mantener nuestros órganos, tejidos y defensas en buen estado y ayudan a combatir las enfermedades de manera efectiva (69).

Simplemente beba la cantidad correcta de productos lácteos todos los días, el consumo de carne, pescado o huevos como aperitivo, alimentos básicos y sus derivados (yogur, quesos bajos en grasa, embutidos, jamón, etc.) (70).

### **Hidratos de Carbono:**

Son la fuente de energía más barata y fácil, son la principal fuente de fibra dietética, con un requerimiento de unos 4 gr/Kg/día, lo que supone el 55-60 % de la ingesta energética total (71). Además un aporte adecuado ayuda a mantener el peso y la composición corporal, su exceso se convierte en grasa que se almacena en el tejido adiposo o grasa (71).

Hay varios tipos: Simples o de absorción como el azúcar, jarabes, caramelos, jaleas, confitería, miel, chocolate y sus derivados, confitería, pastelería, bizcochos, refrescos azucarados, frutas y sus jugos, frutos secos, mermeladas (72). Además debe ser una cantidad moderada como compleja o lenta. Las verduras, las verduras y los alimentos harinosos (pan, arroz, pasta, patatas, legumbres, cereales para el desayuno) deben incluirse en todas las comidas del día (72). Asimismo la ingesta excesiva de carbohidratos puede provocar caries, sobrepeso y obesidad, niveles alterados de lípidos en sangre, diabetes e intolerancia a la lactosa (73).

### **Grasas**

Son fuente de energía, regulan la temperatura corporal, envuelven y protegen órganos vitales, resultan imprescindible para la formación de determinadas hormonas y suministran ácidos grasos

esenciales (74). Aún así, se debe comer con moderación, el cuerpo guarda lo que no usa, lo que provoca un aumento no deseado en la masa corporal y niveles elevados en la sangre como el colesterol y triglicéridos (74).

Hay diferentes tipos de grasa. Grasas saturadas. Monoinsaturados (fuentes vegetales). Poliinsaturados (principalmente fuentes vegetales) (75). Además de todo esto, el colesterol también es una grasa que el cuerpo necesita para fabricar ciertas hormonas y otros compuestos como la vitamina D (a través de la exposición al sol) (75). No obstante el consumo excesivo de grasa es causante de sobrepeso, obesidad, cambios en los lípidos en sangre, pancreatitis y cálculos biliares.(76).

### **2.2.3.2. Dimensión Actividad física**

Está relacionada con las habilidades, la agilidad, el equilibrio, la coordinación, la potencia, la velocidad y el tiempo de reacción; considerada el arma secreta para sentirse mejor, vivir más tiempo y retrasar el proceso de envejecimiento (77).

El ejercicio mejora la calidad de vida, previene diabetes, enfermedades cardiovasculares, la ansiedad y la depresión, que comúnmente son problemas de salud que se presentan en las personas mayores (77). En ese sentido, es importante destacar que para el adulto mayor, actividades de ocio como caminar y andar en bicicleta, tareas domésticas como la jardinería y actividades físicas como juegos, deportes y ejercicio pasivo (77).

Conforme avanza la edad, muchos procesos metabólicos y físicos cambian, por lo cual, el adulto mayor debe modificar la intensidad, frecuencia y el tipo de ejercicio que realiza (78). Asimismo se recomienda que los adultos de 65 años en adelante dediquen 150 minutos semanales para realizar alguna actividad física de acuerdo a su estado físico y a las recomendaciones de un profesional (78).

### **Recomendaciones sobre la actividad física según la OMS:**

Para mejorar las enfermedades cardiovasculares, los músculos, la salud ósea, reducir el riesgo de enfermedad y depresión:

- Los adultos mayores deben dedicar al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico o 75 minutos por semana. (79).
- La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración como mínimo para el fortalecimiento muscular (79).

### **2.2.3.3. Dimensión Manejo del Estrés**

El manejo del estrés es el intento de los adultos mayores de controlar y reducir el estrés a través de acciones coordinadas simples o complejas para hacer frente a situaciones cuando se perciben como difíciles o inmanejables, es decir, presión o estrés (80).

Es la respuesta del organismo a los factores externos que alteran la estabilidad emocional del individuo, y la consecuencia fisiológica de este proceso es el deseo de escapar o confrontar el entorno que causó el estrés (80).

Al entender el papel que juega el estrés como modulador de la salud debe incluir aspectos como la personalidad, la genética, los estilos de vida, el medio ambiente y los roles desempeñados en la sociedad (81).

A su vez se ha identificado que las motivaciones, la relajación y el autoconocimiento son factores que se deben aprender a manejar como estrategia en el manejo del estrés (81). Se plantea este término como reacciones presentadas en tres bloques: Fisiológicas, emocionales y cognitivas (81).

a) Fisiológicas; comprenden las respuestas neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo (aumento de la presión

sanguínea, de la actividad estomacal e intestinal, dolor de cabeza, entre otras) deteriora el sistema inmunológico (82).

b) Emocionales, abarcan las sensaciones subjetivas de malestar emocional (temor, el miedo, ansiedad, la cólera, la depresión, pérdida de la autoestima), generados o exacerbados ante la exposición de eventos estresantes (83).

c) Cognitivas, existen tres tipos de respuestas: La preocupación, la pérdida de control y la negación (puede aparecer disminución de la concentración, de la atención, pérdida de memoria) (84).

#### **2.2.3.4. Dimensión apoyo interpersonal**

El apoyo social se ha definido como toda transacción interpersonal que contiene los ámbitos emocionales, económicos y familiares es decir, las conexiones o contactos con personas a través de las cuales se recibe apoyo emocional, informativo e instrumental (85).

Los seres humanos son predominantemente sociables, les encanta compartir con los demás y se involucran en actividades que invitan a las diferentes generaciones a interactuar a diario (86). Como tal, para muchas personas, el final de la edad adulta suele verse como un empobrecimiento interpersonal gradual y engañoso debido a la ruptura de la familia y la pérdida del papel en la sociedad (87). En ese sentido sabemos que son importantes los factores protectores y curativos (87).

Las percepciones de amistad y la disponibilidad de amistades cercanas son los mejores predictores de bienestar en la edad adulta tardía (87).

### **Relaciones positivas**

Las relaciones familiares positivas, cercanas y de apoyo ayudan a sobrellevar el dolor de la limitación y la pérdida, reduciendo así los desencadenantes del duelo (88).

Por ende, el apoyo que recibes es, por tanto, tu motivación para mantenerte activo y permitirte satisfacer una de las necesidades humanas de amar y sentirte amado (88).

### **Apoyo social percibido**

Las personas mayores que reciben más apoyo social por teléfono, visitan a amigos, familiares y vecinos y participan en actividades sociales regulares tienen una mayor satisfacción con la vida y la salud (89).

Como resultado, las personas que mantienen relaciones sólidas con organizaciones sociales como la familia, los amigos y las asociaciones de vecinos viven más que las que no las mantienen (89).

### **Amistad para toda la vida**

En esta etapa de la vida, las amistades brindan un apoyo apropiado y significativo a las personas mayores, compartiendo en edad, pero sobre todo en experiencias, recuerdos, intereses comunes y valores (90).

Al establecer relaciones cómodas, óptimas, libres de estrés, posibilitamos una convivencia basada en la reciprocidad, el entendimiento mutuo, el respeto y la tolerancia (90).

### **Amplíe sus relaciones**

Las amistades percibidas y la disponibilidad de amistades cercanas son los mejores predictores del bienestar y uno de los determinantes de la adaptación positiva al envejecimiento (91).

La amistad hace que una persona se sienta más capaz, digna y útil; promueve la identidad, el autoconcepto, el bienestar y bienestar personal, la salud, la longevidad y, en algunos casos, la combinación de riqueza y prosperidad trae éxito, esto es un privilegio para muchos (91).

#### **2.2.3.5. Dimensión Autorrealización**

Es aceptar al adulto mayor como una tercera edad desde el principio, maximizar sus talentos y potencialidades, contribuir al autoestudio y al autodesarrollo y obtener satisfacción (92).

En este nivel se encuentran elementos como el desarrollo de la moralidad, la orientación hacia los demás, la persecución de ideales, además de explotar las propias facultades y potencialidades (92).

Es la búsqueda del máximo desarrollo posible, de llegar a superar las barreras de las propias posibilidades y de trascender, a la par que de vivir el aquí y el ahora en su máxima plenitud (93).

Abraham Maslow, (94). Identifica la madurez personal como autorrealización en un proceso de trascendencia desde las necesidades básicas, hacia las necesidades superiores: Seguridad, sociales, de estima y reconocimiento hasta llegar a la autorrealización.

La madurez y autorrealización de una persona solo acontece de un modo completo cuando sus potencialidades están desarrolladas y actualizadas plenamente. Cuando ha aprendido todo lo que estaba latente para llegar a ser la persona que esperaba ser (94).

El ámbito de la motivación humana se halla regido por un principio organizacional de modo que las necesidades de crecimiento, que conducen a la autorrealización, están situadas por encima de las necesidades fisiológicas y de seguridad (95).

Por medio de una superación de necesidades desarrollamos el crecimiento para “llegar a ser una persona que alcanza la madurez y la autorrealización” (95).

#### **2.2.3.6. Dimensión responsabilidad en salud**

No solo es poseer el conocimiento sobre comportamientos saludables, sino emplearlos, pues el estado de salud dependerá de los tipos de comportamiento que este efectúe (96). De igual forma demostrar la necesidad de lograr un cambio de mentalidad en el accionar y en la conducta de todo aquel que interactúe en la formación del hombre saludable, desde su nacimiento hasta la transformación del individuo, donde propicie de forma sensata su salud (97). Además argumentar la importancia del cambio de mentalidad sobre la base de una nueva escala de valores en los individuos que les permita adoptar una actitud responsable ante su salud y demostrar que la prevención y la promoción de salud constituyen el paradigma a seguir (97).

Nuestra responsabilidad con la salud incluye el reconocimiento de que tenemos el poder de tomar decisiones, determinar alternativas saludables y modificar los riesgos inherentes, no decisiones que planteen riesgos para la salud (98). Asimismo se puede modificar cambiando nuestro comportamiento para reconocer los efectos peligrosos de los hábitos y los riesgos de la adicción (99).

#### **2.2.4. Estilo de vida no saludable**

Son problemas de salud asociados al tabaquismo, el abuso del alcohol, el sedentarismo y las dietas desequilibradas; muy ligados a las pandemias del siglo XXI: Obesidad, diabetes o hipertensión (100).

#### **2.2.5. Adulto mayor**

Las personas adultas mayores de 60 años o más sujetos de derecho, socialmente activos con garantías y responsabilidad, respecto de sí

mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones (101).

## **Envejecimiento**

Es el resultado de muchos tipos de males moleculares y celulares durante muchos años, conduciendo a una disminución progresiva de las capacidades mentales y físicas, un riesgo elevado de contraer enfermedades, en última instancia, el fallecimiento (102).

A menudo se produce una variedad de cambios físicos evolutivos, incluida la disminución del contenido de agua en todo el cuerpo, los compartimentos de grasa agrandados y la disminución de la masa muscular y ósea (103).

Después de 25 años, esta masa magra disminuyó gradualmente, con una disminución del músculo esquelético apendicular de aproximadamente un 0,5 % a un 1 % por año, y un 15 % entre los 60 y los 70 años (103).

El envejecimiento de la población es ahora uno de los fenómenos sociales más influyentes de este siglo que ha revolucionado la esperanza de vida (104). Asimismo la esperanza de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950, alcanzando los 66 años, y se espera que aumente otros 10 años para 2050 (105). Además ese aumento será más notable y rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población anciana se cuadruplique en los próximos 50 años (105).

Las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades (106).

## **Proceso de envejecimiento**

Comienza en la concepción y provoca cambios específicos de la especie a lo largo del ciclo de vida, representa cambios biológicos que

ocurren con la edad y no se ven afectados por enfermedades o el medio ambiente (107).

**Aspecto psicológico:** Se refiere a cómo se comportan y se sienten las personas, por ejemplo, un octogenario que trabaja, hace proyectos, espera con ilusión acontecimientos futuros y participa en muchas actividades es considerado una persona joven psicológicamente (108).

**Aspecto biológico:** Las modificaciones que experimenta el organismo con el paso de los años, las diferencias notables son causadas por el estilo de vida, los hábitos y los efectos sutiles de ciertas enfermedades en lugar del envejecimiento real (109).

**Aspecto físico:** Los cambios que se producen en los huesos, músculos y articulaciones al envejecer, van a generar una disminución de la estatura de forma progresiva (109).

Se ha observado que después de los 40 años puede objetivarse una pérdida de 1 cm por cada 10 años de vida, y que después de los 70 años esta pérdida es aún mayor, la disminución de altura total puede estar entre 2,5 y 7,5 cm (110).

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**Actividad física:** Cualquier movimiento corporal producido por los músculos que exija gasto de energía (111).

**Adulto mayor:** Persona mayor de 60 años, en quien todas las experiencias de vida están integradas y se consiguen la mayoría de objetivos familiares, profesional y social (112).

**Alimentación:** Es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias (113).

**Alimentos:** Es cualquier sustancia consumida para proporcionar apoyo nutricional a un ser vivo (114).

**Antropometría:** Se refiere al estudio de las dimensiones y medidas humanas con el propósito de valorar los cambios físicos del ser humano y las diferencias entre sus grupos humanos y polimorfismos (115).

**Apoyo social:** Es una serie de recursos psicológicos (proveniente de otras personas) que son significativas para un individuo y que lo hacen sentirse estimado y valorado (83).

**Autorrealización:** Se trata del motivo principal del organismo, el impulso de autorrealización es la motivación verdadera (116).

**Balanza:** Es un instrumento que sirve para medir la masa de los objetos (117).

**Delgadez :** Se refiere a un humano cuyo peso se encuentra por debajo de un valor saludable (118).

**Envejecimiento:** Se trata de una serie de cambios morfológicos y fisiológicos que se producen como consecuencia de los efectos del tiempo sobre el organismo. (119).

**Estrés:** Una fuerza o estímulo que afecta a un individuo y provoca una respuesta de estrés (120).

**Nutrición:** Es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales (121).

**Obesidad:** Excedente de tejido adiposo o grasa corporal causado por un desequilibrio entre la ingesta desmedida y el bajo gasto energético (122).

**Sobrepeso:** Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (123).

**Peso:** Es la medida de una cantidad de materia que transporta el cuerpo.

**Relacion interpersonal:** Son asociaciones entre dos o más personas (124).

**Responsabilidad:** Se refiere a la carga, compromiso u obligación, de los miembros de una sociedad (125).

**Salud:** Es un estado de bienestar o de equilibrio, ausencia de la enfermedad (126).

**Talla:** Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (126).

**Tallímetro:** Instrumento que se emplea para medir la talla (117).

**Valoración o evaluación nutricional:** Un conjunto de técnicas que ayudan a establecer el estado nutricional del individuo, evaluar las necesidades o requisitos nutricionales e identificar probables complicaciones para la salud (127).

**Valoración o evaluación antropométrica nutricional:** Es la evaluación del equilibrio nutricional del anciano a través de la ganancia de peso, medidas de talla y otras medidas corporales (127).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación actual es una investigación de tipo cuantitativo de diseño descriptivo, transversal y correlacional (129).

#### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 3.2.1 Población

El presente se realizó en el Distrito de Cairani en los Adultos Mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani, en los meses de agosto a diciembre.

##### 3.2.2 Muestra

Las muestras son un subconjunto de la población que es estimada mediante el muestreo aleatorio simple de la siguiente manera:

$$n = \frac{(1,96)^2 * 120 * 1,5^2}{(120 - 1)1,5^2 + (120)^2 * 1,5^2} = 101$$

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

$\alpha$  = Error tipo I  $\beta$  = Error tipo II

$Z_\alpha$  = Nivel de confianza o seguridad

$Z_\beta$  = Potencia de Prueba

p = Proporción esperada

q = 1-p

$S^2, \sigma^2 =$  Varianza

E = Error de estimación

### **3.2.3 Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 60 años.
- Adultos Mayores del sexo femenino y masculino
- Persona adulta mayor que acudan al Puesto de Salud
- Persona adulta mayor que deseen participar en la investigación.

### **3.2.4. Criterios de exclusión**

- Adulto mayor que presente trastorno mental
- Adulto mayor que presente problemas de comunicación.
- Adulto mayor que se niegue a llenar los instrumentos de medición.
- Persona menor a 60 años.

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.3.1. Caracterización de las variables

VARIABLE	INDICADORES	UNIDAD Y CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>V. Dependiente</b>  Estado Nutricional	IMC	Muy bajo peso = 16 a 16,99  Bajo peso = 17 a 18,99  Normal = 19 a 24,99  Sobrepeso = 25 a 29,99  Obesidad tipo I = 30 a 34,99  Obesidad tipo II = 35 a 39,99  Obesidad tipo III = 40 a 44,99.	<b>Ordinal</b>
<b>V. Independiente</b>  Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación</li> <li>• Actividad física y ejercicio</li> <li>• Manejo de estrés</li> <li>• Apoyo interpersonal</li> <li>• Autorrealización</li> <li>• Responsabilidad en salud</li> </ul>	Estilo de vida saludable: 99 - 132 puntos  Estilo de vida no saludable: 33 - 98 puntos	<b>Ordinal</b>

#### 3.3.2. Definición Operacional de las variables

- **V1: Estado nutricional:** Estado físico que exhibe el individuo, resultado del equilibrio entre sus necesidades, el aporte de energía y nutrimento para la prevención de distintas enfermedades (130).

- **V2: Estilos de vida** : Que ha sido de uso común, equiparado a la forma de entender el "vivir en el mundo", expresado en el dominio de la conducta, expresado en la naturaleza en hábitos, habitantes, urbanismo, también está conformado por la propiedad y relaciones ambiente y relaciones humanas. Según Perea (131). En su forma más simple, una forma de vida es un camino, una forma.

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.4.1. Acciones previas**

##### **A.-Consideraciones éticas**

Se consideraron las premisas de la Declaración de Helsinki; Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica humana (132).

El estudio no involucró conflictos bioéticos, ya que fue realizado en adultos mayores que fueron informados del propósito y métodos del estudio. Se les dijo que el investigador se comprometió a respetar la confidencialidad de sus datos.

##### **B.-Consentimiento informado**

Para garantizar la autonomía en la participación del estudio, se les pidió firmar un consentimiento informado a los participantes, donde ellos ratificaron que desearon participar en el estudio por voluntad propia y que en ningún momento ni bajo ninguna circunstancia fueron obligados a hacer parte de la muestra. (Anexo N°1).

##### **C.- Permiso institucional**

Se solicitó el ingreso al establecimiento de salud con fines de investigación, para tener acceso a la población a estudiar.

### **3.4.2. Instrumentos**

#### **3.4.2.1. Guía de Entrevista Sociodemográfica**

Compuesto por 3 reactivos, la primera son las características demográficas donde se consideró edad y género, la tercera características sociales donde se consideró estado civil.

#### **3.4.2.2. Instrumento del Estado Nutricional**

Para recopilar los datos de la variable de Estado Nutricional se aplicará el 1er instrumento N° 01 ESTADO NUTRICIONAL (Anexo 3)

El 1er Instrumento se determinó el IMC a través de la tabla de valoración nutricional antropométrica según el Ministerio de Salud Pública; se midió el peso y la talla, y se clasifican en rangos como:

- Muy bajo peso = 16,00 a 16,99
- Bajo peso = 17,00 a 18,99
- Normal = 19,00 a 24,99
- Sobrepeso = 25,00 a 29,99
- Obesidad tipo I = 30,00 a 34,99
- Obesidad tipo II = 35,00 a 39,99
- Obesidad tipo III = 40,00 a 44,99.

#### **3.4.2.3. Instrumento de Estilos de vida**

Para recopilar los datos de la variable de Estilos de vida se aplicará el segundo instrumento N° 02 Escala Del Estilo De Vida (Anexo 2).

Instrumento elaborado en base al Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de Salud Elaborado por Walker, Sechrist y Pender, modificado por las investigadoras Delgado, R; Reyna E y Díaz, R Y modificado Mamani Q, G (133).

El propósito de este estudio y poder medir el estilo de vida en cuanto a aspectos de alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autoestima y responsabilidad con la salud.

Constituida por 33 ítems (133).

- Alimentación = 1,2,3,4,5,6,7,8,9
- Actividad y ejercicio = 10,11,12,13,14,15
- Manejo del estrés = 16,17,18,19
- Apoyo interpersonal = 20,21,22,23
- Autorrealización = 24,25,26
- Responsabilidad en salud = 27,28,29,30,31,32,33

Cada ítem se califica con el siguiente criterio

Nunca : n = 1

A veces : v = 2

Frecuentemente : f = 3

Siempre : s = 4

Para el criterio de competencia de los 33 ítem, la puntuación es N=4. V=3; F=2; S=1. La puntuación obtenida en la escala total es el resultado de las respuestas diferentes y la escala nominal utilizada (133).

- Estilo de vida saludable : 99 - 132 puntos
- Estilo de vida no saludable : 33 - 98 puntos

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se crearon tablas univariadas y alternativas para las frecuencias absolutas y relativas como porcentaje. En el procesamiento de datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 28.0, en español, para ello previamente los datos fueron exportados de una hoja Excel, se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi-cuadrado para el contraste de la hipótesis, en el análisis de datos se consideró técnicas estadísticas descriptivas. Así mismo, se diseñaron gráficas de barras reportando frecuencias absolutas y porcentuales.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**Tabla 1.** *Medidas de tendencia central y de resumen en Adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

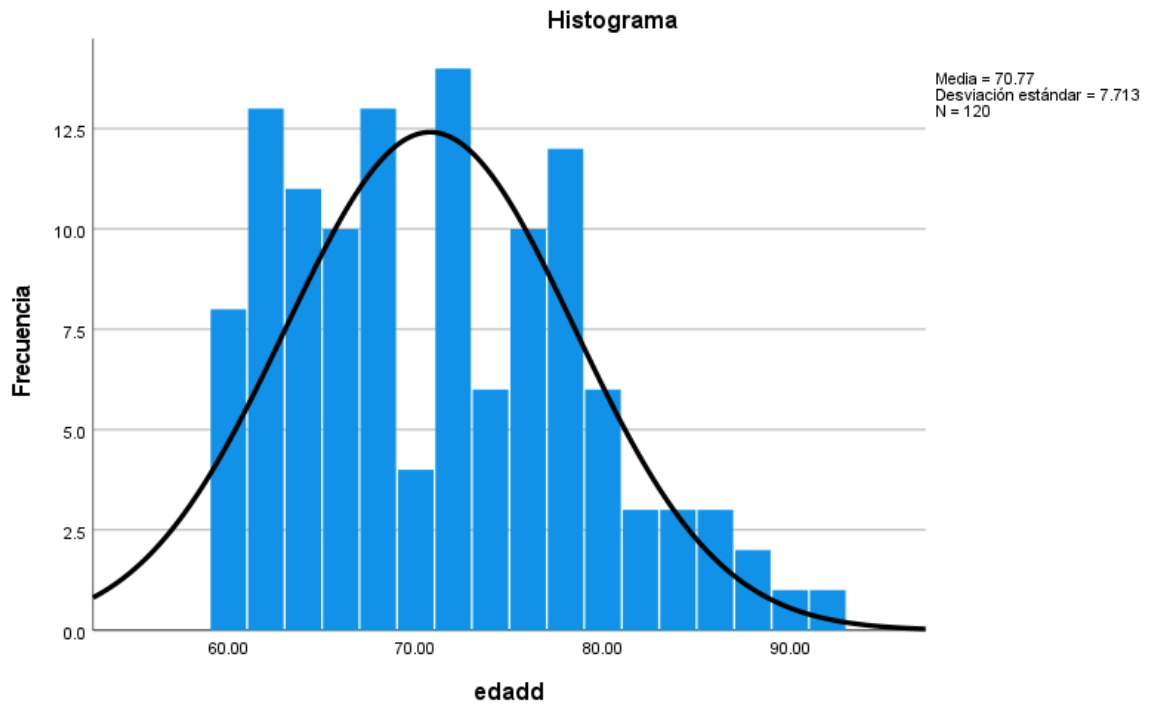
		VALOR
<i>Válido</i>		120
<i>Perdido</i>		0
<i>Media</i>		70,7750
<i>Mediana</i>		71,0000
<i>Moda</i>		67,00
<i>Desv. estándar</i>		7,71277
<i>Mínimo</i>		60,00
<i>Máximo</i>		91,00
<i>Percentiles</i>	25	64,0000
	75	77,0000

Fuente: Base de datos

#### **Interpretación**

La media de la edad de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani fue 70,7 años, con una mediana de 71 años, un rango de edades entre 60 a 64, 65-69 y 70 a más años.

**Figura 1.** Medidas de tendencia central y de resumen en Adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021



Fuente: Tabla 1

**Tabla 1.** *Adultos mayores según grupo etario que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

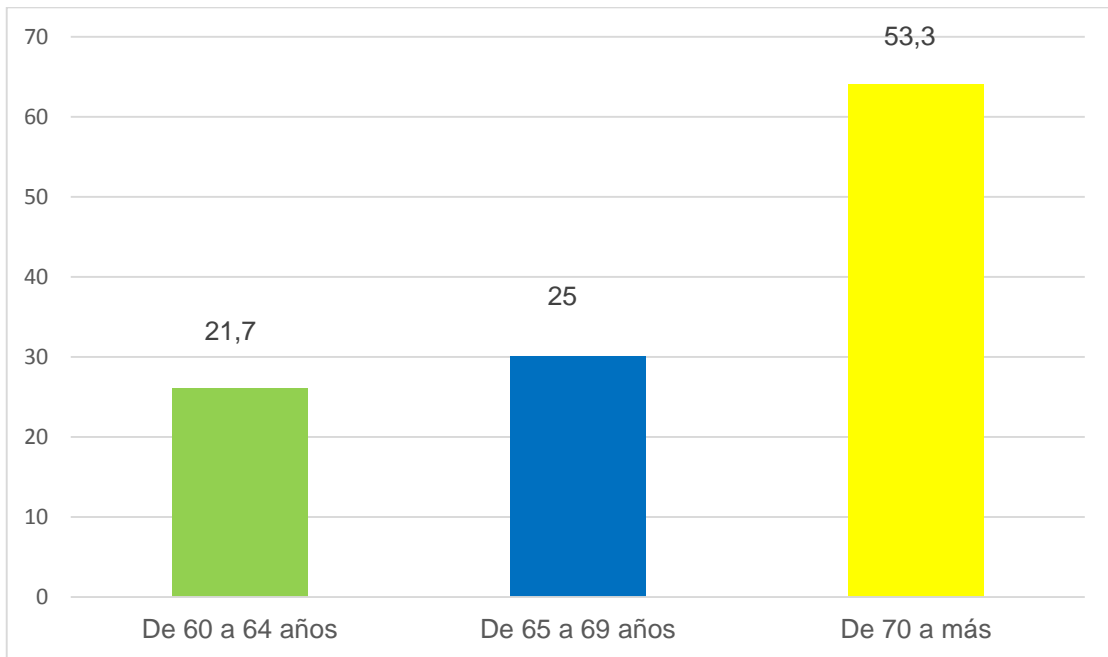
	N°	%
De 60 a 64 años	26	21,7
De 65 a 69 años	30	25,0
De 70 a más	64	53,3
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores, que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que 26 adultos mayores (21,7 %) tenían edades entre 60 a 64 años, 30 (25 %) de 65 a 69 años y 64 (53,3 %) de 70 años a más. Este último prevalece, y como adultos mayores longevos, es posible que presenten no solo una mayor dependencia, sino mayor vulnerabilidad, que requiere una atención con énfasis en sus “diferencias y problemáticas propias” (134).

**Figura 2.** *Adultos mayores según grupo etario que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 2

**Tabla 2.** *Adultos mayores según género que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

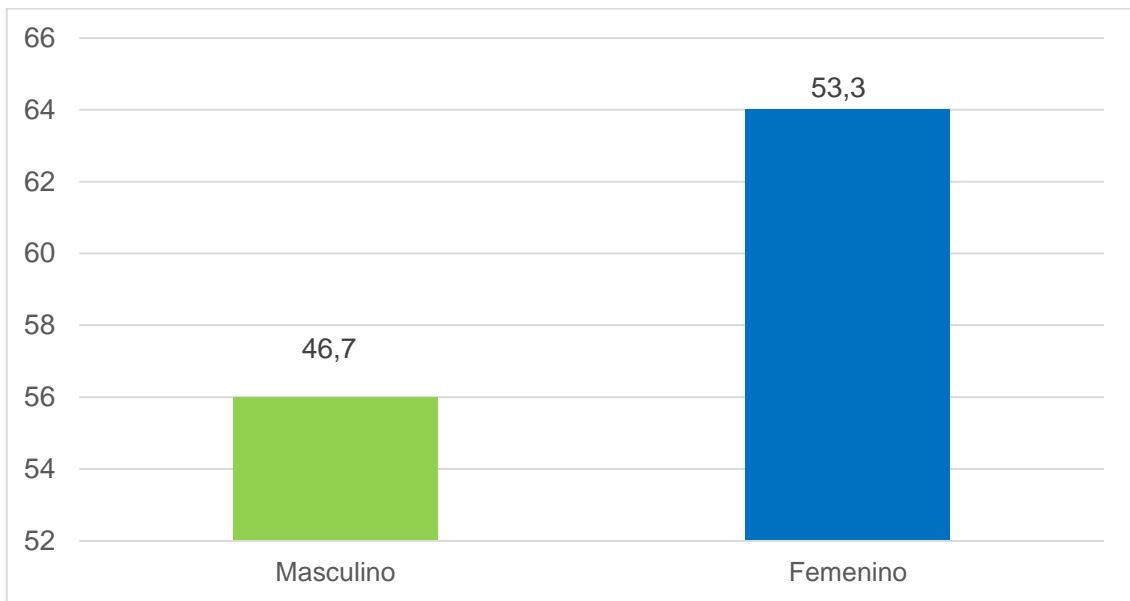
	N°	%
Masculino	56	46,7
Femenino	64	53,3
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que 56 adultos mayores (46,7 %) son de género masculino y 64 (53,3 %) de género femenino. Este último prevalece como características sociodemográficas de salud diferentes, generando importantes desigualdades en la última etapa de vida, debido muchas veces a su estado de salud físico y mental, a las diferencias en la morbilidad al mayor impacto del deterioro en la mujer por factores socioeconómicos y culturales (135).

**Figura 3.** Género de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021



Fuente: Tabla 3

**Tabla 4.** *Adultos mayores según estado civil que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

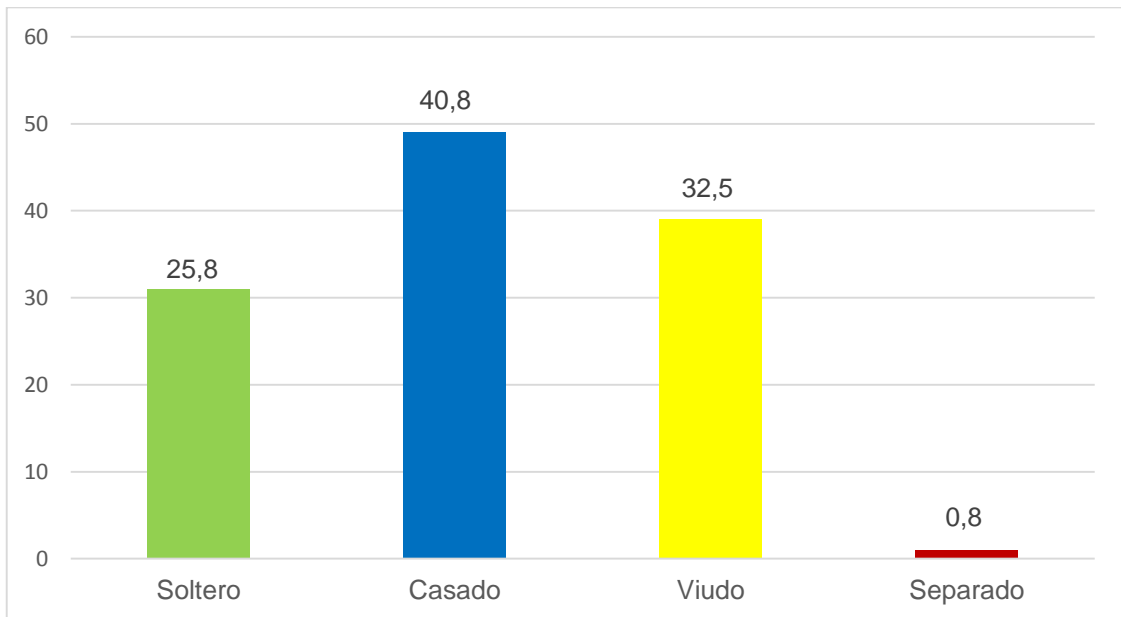
	N°	%
Soltero	31	25,8
Casado	49	40,8
Viudo	39	32,5
Separado	1	0,8
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que 31 adultos mayores (25,8 %) son solteros, 49 (40,8 %) son casados, 39 (32,5 %) viudos y 1(0,8 %) separado. Prevalciendo adultos mayores con un estado civil casado y viudo indicando que el cambio social y la inestabilidad matrimonial se refleja también en la tercera edad, como también la decisión sobre su estado civil, y protagonizando cambios sobre sus vidas (136).

**Figura 4.** Estado civil de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021



Fuente: Tabla 4

## 4.2. ANÁLISIS DE LA VARIABLE ESTILOS DE VIDA

**Tabla 5.** *Adultos mayores según la dimensión de alimentación, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

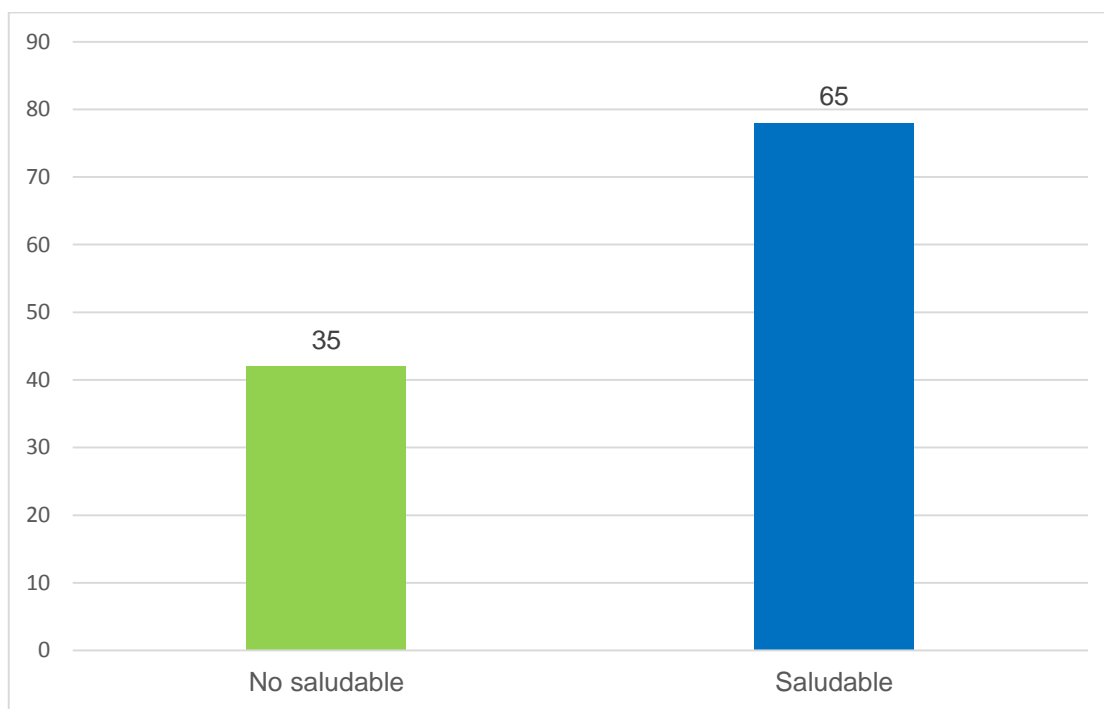
	N°	%
No saludable	42	35,0
Saludable	78	65,0
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### Interpretación

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que 78 adultos mayores (65 %) presentan un estilo de vida saludable y 42 (35 %) un estilo de vida no saludable en la dimensión alimentación. Este último prevalece permitiendo cubrir las necesidades nutricionales para evitar deficiencias, mantener el adecuado peso corporal, retardar la ocurrencia o progresión de enfermedades relacionadas con nutrición y evitar la ingesta excesiva de algunos nutrientes (137).

**Figura 5.** *Adultos mayores según la dimensión de alimentación, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 5

**Tabla 3.** *Adultos mayores según la dimensión actividad y ejercicio, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

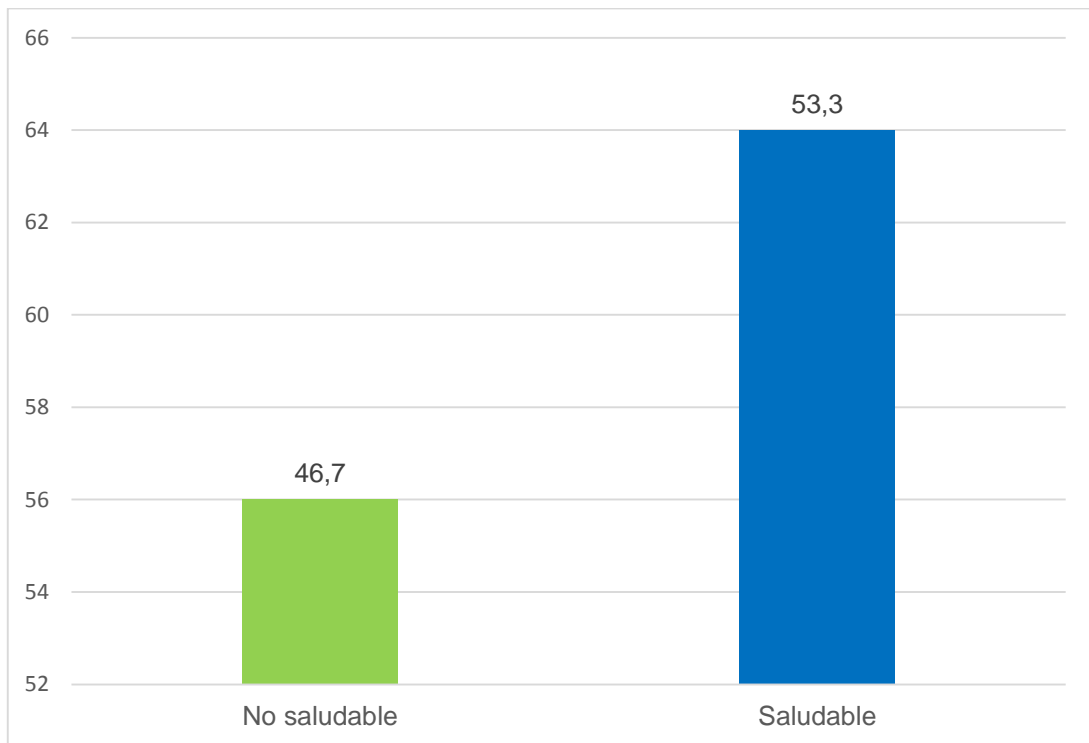
	N°	%
No saludable	52	46,7
Saludable	68	53,3
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que 68 adultos mayores (53,3 %) presentan un estilo de vida saludable y 52 (46,7 %) un estilo de vida no saludable en la actividad y ejercicio. Este último prevalece, indicando que el adulto mayor de la zona rural realiza actividad física pasiva, lo que beneficia en el mantenimiento de un peso saludable, perder grasa corporal, prevenir accidentes cerebrovasculares, la mejoría en el estado de ánimo y fortalecimiento en los huesos y los músculos (137). La importancia de las horas de sueño evitando la inadecuada satisfacción de la necesidad de sueño y el insomnio considerándose un problema de especial repercusión dadas sus consecuencias para su salud y calidad de vida. (138)

**Figura 6.** *Adultos mayores según la dimensión actividad y ejercicio, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 6

**Tabla 4.** *Adultos mayores según la dimensión manejo del estrés, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

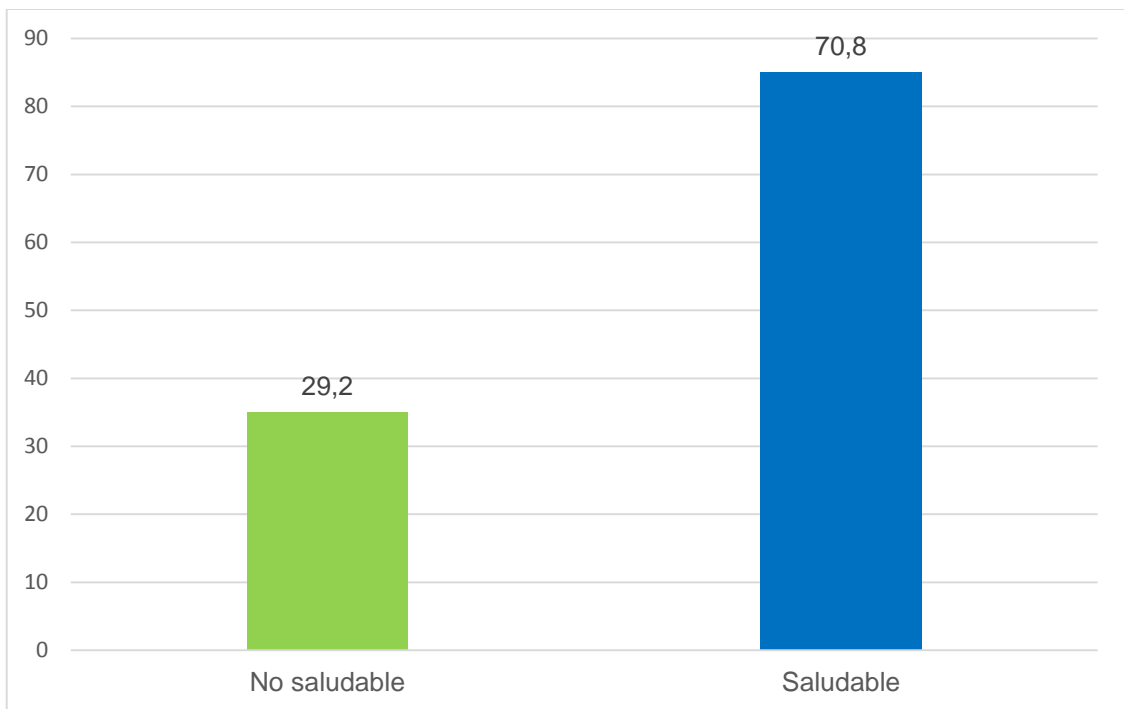
	N°	%
No saludable	35	29,2
Saludable	85	70,8
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que en la dimensión manejo del estrés 85 adultos mayores (70,8 %) presentan un estilo de vida saludable y 35 (29,2 %) un estilo de vida no saludable. Prevalciendo la identificación frecuente de los problemas evitando el acumulo de estrés y un desequilibrio en el adulto mayor (139). Los adultos no realizan actividades de relajación, debido al desconocimiento, la falta de un ambiente adecuado y personal que le enseñe a realizarlo (140).

**Figura 7.** *Adultos mayores según la dimensión manejo del estrés, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 7

**Tabla 5.** *Adultos mayores según la dimensión apoyo interpersonal, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

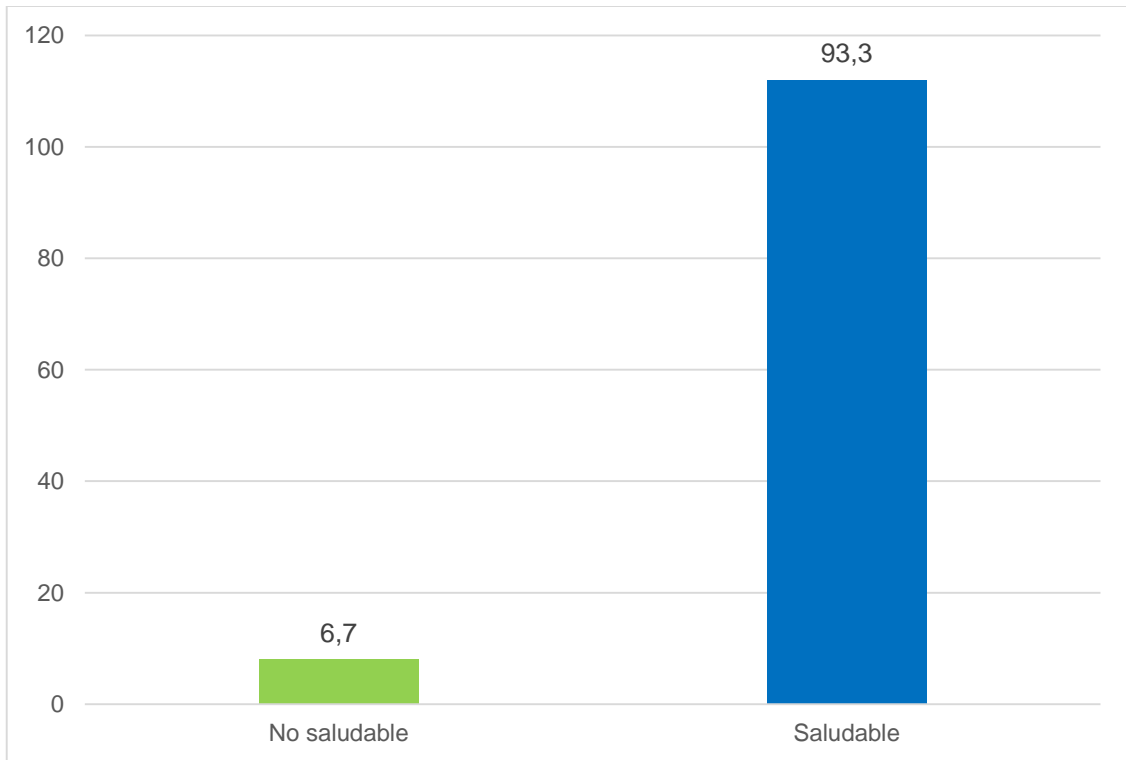
	N°	%
No saludable	8	6,7
Saludable	112	93,3
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó en la dimensión apoyo interpersonal que 112 adultos mayores (93,3 %) presentan un estilo de vida saludable y 8 (6,7 %) un estilo de vida no saludable. Prevalciendo que el adulto mayor mantiene con frecuencia la comunicación intramural y extramural, permitiéndole vivir en armonía. (124)

**Figura 8.** *Adultos mayores según la dimensión apoyo interpersonal, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 8

**Tabla 6.** *Adultos mayores según la dimensión autorrealización, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

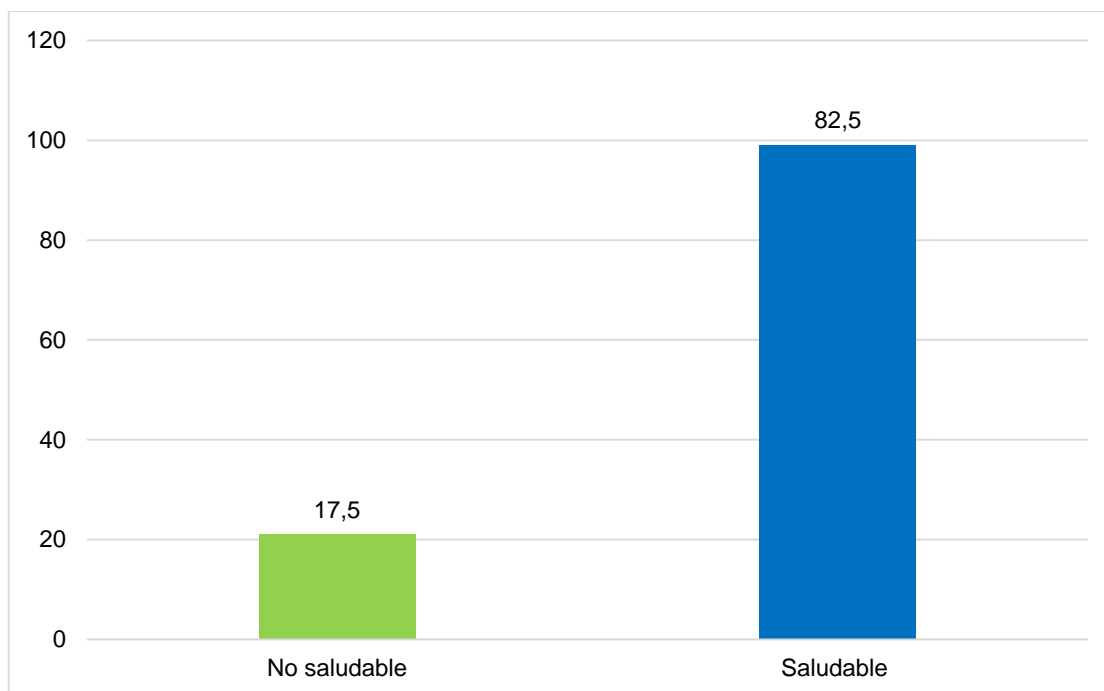
	N°	%
No saludable	21	17,5
Saludable	99	82,5
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó en la dimensión autorrealización que 99 adultos mayores (82,5 %) presentan un estilo de vida saludable y 21 (17,5 %) un estilo de vida no saludable. Prevalenciando el estado de bienestar producido por una mayor o menor optimización frecuente de lo que realizó en todas las etapas pasadas. (93)

**Figura 9.** *Adultos mayores según la dimensión autorrealización, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 9

**Tabla 7.** *Adultos mayores según la dimensión responsabilidad en salud, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

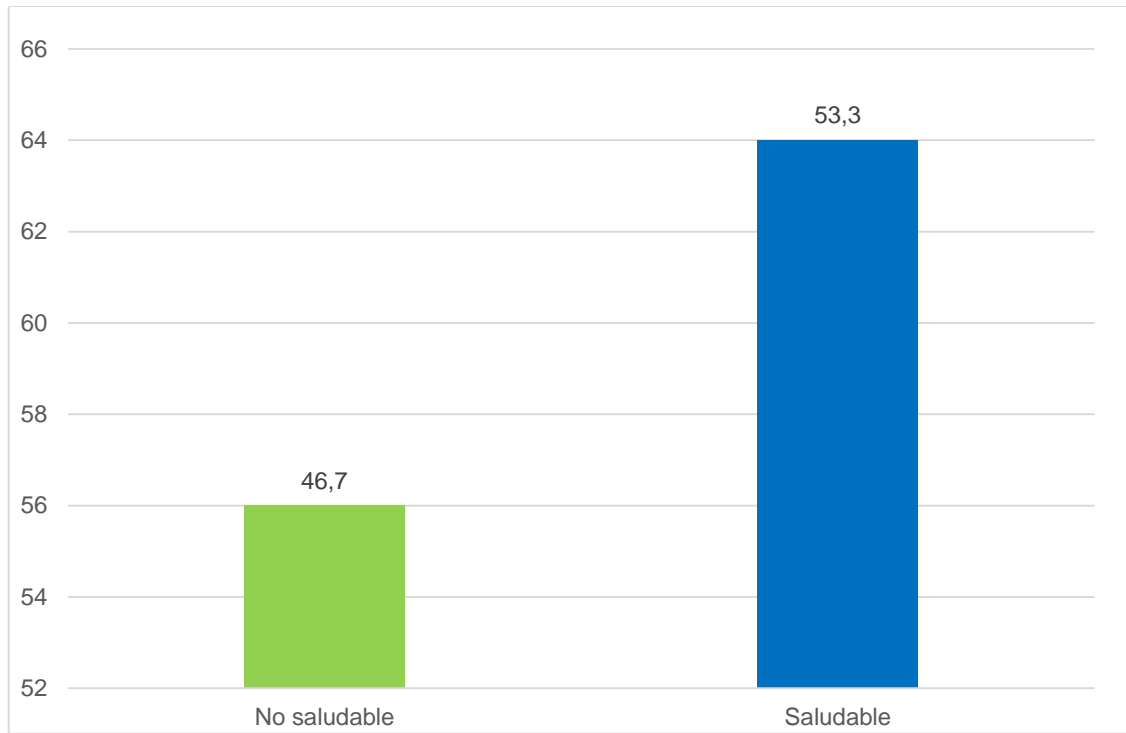
	N°	%
No saludable	56	46,7
Saludable	64	53,3
Total	120	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó en la dimensión responsabilidad en salud que 64 adultos mayores (53,3 %) presentan un estilo de vida saludable y 56 (46,7 %) un estilo de vida no saludable. Este último prevalece la asistencia del adulto mayor a un establecimiento de salud contribuyendo a cuidar nuestra salud, para que así pueda gozar de una vida plena y saludable, libre de riesgos (98). A su vez prevaleciendo la muy poca frecuencia del fomento de salud del adulto mayor a los otros, las estrategias de comunicación que permiten un mayor acceso a la información y crean la capacidad de utilizarla pueden mejorar los conocimientos sanitarios (141).

**Figura 10.** *Adultos mayores según la dimensión responsabilidad en salud, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 10

### 4.3. ANALISIS DE LA VARIABLE ESTADO NUTRICIONAL

**Tabla 8.** *Adultos mayores según su estado nutricional, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

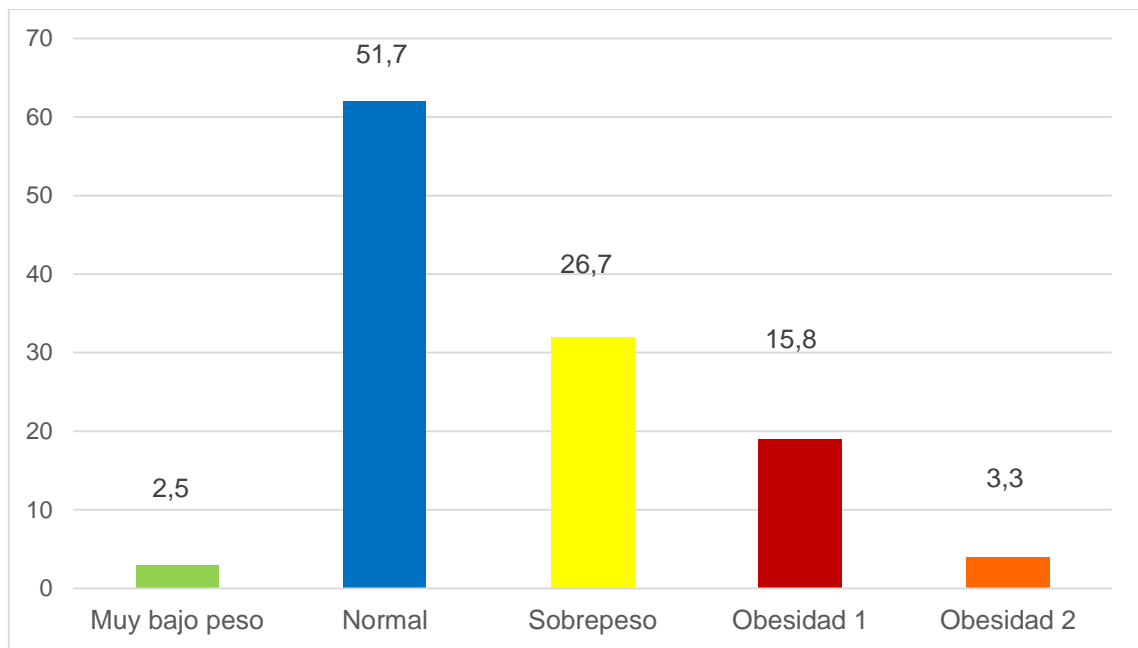
	N°	%
<i>Muy bajo peso</i>	3	2,5
<i>Normal</i>	62	51,7
<i>Sobrepeso</i>	32	26,7
<i>Obesidad 1</i>	19	15,8
<i>Obesidad 2</i>	4	3,3
<i>Total</i>	120	100,0

Fuente: Base de datos

#### **Interpretación**

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que 3 adultos mayores (2,5 %) con muy bajo peso , a 62 (51,7 %) con peso normal , a 32 (26,7 %) con sobrepeso, a 19 (15,8 %) con obesidad tipo 1 y 4 (3,3 %) con obesidad tipo 2. Prevaleciendo un peso adecuado para el adulto mayor, es decir mantener un peso estable, desde un punto de vista estadístico, es una buena garantía para reducir la tasa de mortalidad, el aumento de la cantidad de tejido adiposo en la parte central del cuerpo, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y alteraciones metabólicas como hipercolesterolemia, resistencia a la insulina, aterosclerosis, hipertensión y diabetes mellitus (142).

**Figura 11.** *Adultos mayores según su estado nutricional, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 11

#### 4.4. ANALISIS DE AMBAS VARIABLES

**Tabla 9.** *Adultos mayores según su estilo de vida y estado nutricional, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*

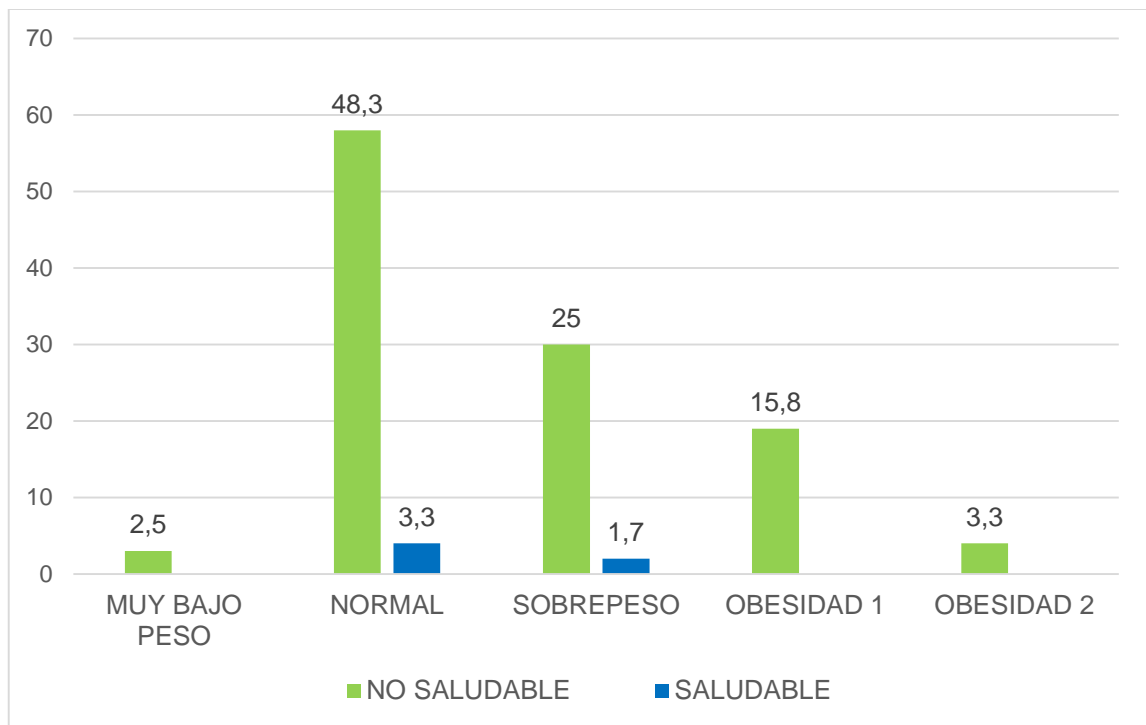
	MUY BAJO PESO		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD 1		OBESIDAD 2		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NO SALUDABLE	3	2,5	58	48,3	30	25,0	19	15,8	4	3,3	114	95,0
SALUDABLE	0	0,0	4	3,3	2	1,7	0	0,0	0	0,0	6	5,0
Total	3	2,5	62	51,6	32	26,7	19	15,8	4	3,3	120	100

Fuente: Base de datos

#### Interpretación

Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que 3 adultos mayores (2,5 %) con muy bajo peso son no saludable; a 58 (48,3 %) con peso normal son no saludables , a 4 (3,3 %) son saludables; a 30 (25 %) con sobrepeso son no saludable, 2 (1,7 %) son saludables; 19 (15,8 %) con obesidad tipo 1 son no saludables; a 4 (3,3 %) con obesidad tipo 2 son no saludables. En segundo lugar prevalece, la alimentación saludable en general contribuye a la mejora del estado funcional y psíquico del individuo y por ende a la calidad de vida de uno mismo, lo cual es de gran importancia en estos tiempos en los que los años de vida aumentan de manera significativa. (128).

**Figura 12.** *Adultos mayores según su estilo de vida y estado nutricional, que acuden al Puesto de Salud Cairani, 2021*



Fuente: Tabla 12

#### 4.5. Dócima de hipótesis

##### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,749 <sup>a</sup>	4	0,782
Razón de verosimilitud	3,018	4	0,555
Asociación lineal por lineal	0,627	1	0,428
N de casos válidos	120		

a. 7 celdas (70,0 %) esperan un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,15.

##### Hipótesis general

- El estilo de vida no se asocia significativamente con el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani.

##### Nivel de significancia

$$\alpha = 0,05$$

##### Regla de decisión

$$p(\text{sig} = 0,000) \geq \alpha = 0,05 \rightarrow \text{No se rechaza } H_0$$

$$p(\text{sig} = 0,000) < \alpha = 0,05 \rightarrow \text{se rechaza } H_0$$

Se concluye que dado el valor de p (sig. asintótica) calculado es mayor al Valor  $\alpha = 0,05$ , entonces se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ), indicando que el estilo de vida no se asoció significativamente con el estado nutricional en los adultos mayores, que acuden al Puesto de Salud Cairani.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

El estilo de vida es la interrelación perpetua de los hábitos alimentarios, los comportamientos y las condiciones de vida influenciados por los hábitos. De forma individual o en grupo, fuera del entorno social y cultural. En otras palabras, es una forma de vida que los individuos adoptan, vivan bien o no, utilizando las herramientas a su disposición.

Incluyen las diferentes expresiones personales, formas y entornos de vida en que los individuos estructuran el espacio que les circunda, añadido las prácticas alimentarias, los pasatiempos, relaciones con la sociedad, la sexualidad y los mecanismos sociales de afrontamiento.

En el presente estudio, se realizó sobre la relación entre estilos de vida y estado nutricional en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani de Tacna, 2021. Se halló una muestra de 120 adultos mayores. En los factores sociodemográficos, edad, estado civil (casada, conviviente y soltera) y sexo (masculino, femenino), se halló que del análisis el 53,3 %(>70) con edad comprendida a 70 años a más, en el indicador sexo se observa un 53,3 % (64) de sexo femenino, en el estado civil el 40,8 % (49) son casados.

Los resultados obtenidos difieren con los resultados encontrados por: Tantalean (36). Que investigó sobre "Estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor, están entre los 60 a 70 años, predomina el sexo masculino con 57,5 % (23), el 66,5 % (26) son analfabetos, el 52,5 % (21) conviviente, el 67,5 % (27) se dedica a la agricultura, el 57,5 % (23) tienen de 1 a 3 hijos.

Por otro lado los resultados obtenidos también difieren con los resultados encontrados por Toapaxi (32). Investigó sobre “Estilo de vida y su influencia en el estado de salud de los adultos mayores ” En la demografía predomina en un 63 % el sexo masculino, entre 60-70 años equivale al 44 % de los ancianos.

La cultura es una herramienta mediante la cual el ser humano crece y se desarrolla como persona en diferente ámbito. Indica que: “La inestabilidad de la estructura sociocultural puede ser motivo, principio y fuentes de algún sufrimiento, ya sea de modos físicos como morales”.

Los factores socioculturales influyen en los hábitos alimentarios. La trasmisión de prácticas socioculturales se realiza a través de la familia, que adquiere un papel de gran relevancia en la adquisición de hábitos alimentarios en los primeros años de vida. La familia ejerce una fuerte influencia sobre sus miembros y sus conductas relacionadas con la alimentación, de manera que los hábitos alimentarios aprendidos en su seno familiar llegan a convertirse en patrones de comportamiento alimentarios. Dichos patrones se encuentran influenciados por la construcción social y cultural que se hace de este proceso en la familia. Por otra parte, hay que tener en cuenta el papel que tienen los padres como modelos de conductas a seguir, también en la alimentación (143).

Además de la importancia de la familia señalada anteriormente, también hay que considerar otros aspectos relacionados con los factores socioculturales que determinan la adquisición y selección de alimentación.

En estilo de vida; en la tabla 5 de la dimensión alimentación se halló 78 adultos mayores (65 %) que presentan un estilo de vida saludable y 42 (35 %) una vida no saludable.

Los resultados obtenidos se asemejan con los resultados encontrados por: Villaseñor (29). En relación a la alimentación antes del confinamiento se halló que el 69,8 % (n=757) con alimentación saludable, muy saludable el

6,5 % (n=99) y poco saludable un 23,7 % (n=228), y ha mejorado su alimentación el 2,3 % (n=26).

Los resultados obtenidos también se asemejan con los resultados encontrados por: Toapaxi (32). en las personas de mayor edad, sobresalió el buen estilo de vida con una diferencia cuando se trata de la dieta, la mayoría sigue una dieta hipograsa y baja en sodio cuando se trata de un estilo de vida maravillosamente regular.

Este último prevalece permitiendo cubrir las necesidades nutricionales para evitar deficiencias, mantener el adecuado peso corporal, retardar la ocurrencia o progresión de enfermedades relacionadas con nutrición y evitar la ingesta excesiva de algunos nutrientes (137).

El resultado referente al estilo de vida poco saludable en las personas de mayor edad. Quizá se deba con las convenciones que han adoptado en su entorno cotidiano y la forma en que se comportan en su vida a lo largo de varios años, son incapaces de preparar los alimentos de manera inteligente y al mismo tiempo no tienen suficientes ingresos económicos para comprar alimentos por lo que utilizan los productos que siembran. Algunos optan por los alimentos fritos y carbohidratos, algunos comen menos, algunos no comen frutas, vegetales y no digieren la cantidad suficiente de agua.

En estilo de vida, en la tabla 6 de la dimensión actividad y ejercicio, se observó que 68 adultos mayores (53,3 %) presentan un estilo de vida saludable y 52 (46,7 %) un estilo de vida no saludable en la actividad y ejercicio.

Este último prevalece, indicando que el adulto mayor de la zona rural realiza actividad física pasiva lo que beneficia en el mantenimiento de un peso saludable, perder grasa corporal, prevenir accidentes cerebrovasculares, la mejoría en el estado de ánimo y fortalecimiento en los huesos y los músculos (137). La importancia de las horas de sueño evitando la inadecuada satisfacción de la necesidad de sueño y el insomnio

considerándose un problema de especial repercusión dadas sus consecuencias para su salud y calidad de vida. (138)

Los resultados obtenidos también se asemejan con los resultados encontrados por: Barrón (34). Investigó sobre: “El envejecimiento es un tema de salud pública cada vez más relevante, siendo los hábitos alimentarios y el estado nutricional fundamentales en el estilo de vida de los adultos mayores. El 100 % realiza actividad física y un 96 % se clasificó en buen y muy buen estilo de vida.

Los resultados obtenidos también se asemejan con los resultados encontrados por: Tantalean (36). Investigó sobre “Estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor. En cuanto al ejercicio y la actividad física el 24,0 % (6) no tenían un estilo de vida saludable.

Se observa una similitud en el resultado debido a la edad, cuando se trata de actividad física y entrenamiento de fuerza, las personas mayores no lo hacen con regularidad. Sufren de diversas enfermedades de las articulaciones, las caminatas de un lugar a otro en casa o las actividades agrícolas son solo a pie, los ancianos de mayor edad pasan la mayor parte del día sentados o acostados. Y no conocen actividades de apoyo como el yoga y otros ejercicios pasivos.

En la tabla 7,8,9,10: Se identificó que 85 adultos mayores (70,8 %) presentan un estilo de vida saludable y 35 (29,2 %) un estilo no saludable en el manejo de estrés. Que 112 adultos mayores (93,3 %) presentan un estilo de vida saludable y 8 (6,7 %) una vida no saludable en la dimensión apoyo interpersonal el 99 (82,5 %) presenta una vida saludable y 21 (17,5 %) una vida no saludable en la autorrealización. Se observó que 64 ancianos (53,3%) presentan una vida saludable y 56 (46,7%) un estilo de vida no saludable en la dimensión responsabilidad en salud.

Los resultados obtenidos también se asemejan con los resultados encontrados por Tantalean (36). En cuanto al manejo del estrés, el 33,3 % (5) afirma tener un estilo de vida saludable. En relación al apoyo, el 16,0 % (4) no tenía buenos hábitos de vida. Por otra parte, en cuanto a la autopercepción, el 26,7 % expresó un estilo de vida saludable. Finalmente, cuando se trata de la responsabilidad y la salud de las personas mayores, se encontró que el 20,0 % lleva una vida poco saludable.

Esto último es común en ayudar a los adultos mayores a participar en entornos de atención de salud que ayuden a cuidar nuestra salud para que puedan disfrutar de una vida plena y saludable sin riesgos (98). Por el contrario, debido a que los adultos mayores rara vez comunican su salud a los demás, las estrategias de comunicación que permitan a más personas acceder y desarrollar la capacidad de usar la información pueden mejorar la alfabetización en salud (141).

A la hora que el anciano quiere gestionar el estrés, tiene muchos problemas emocionales, en este caso no sabe gestionar adecuadamente el estrés que le provocan los cambios tecnológicos por sus relaciones con las personas, es estresante. Sentirse deprimido, solo y triste por su calidad de vida, el abandono de su hijos, la apatía social que siente. A pesar de ello no presenta un estilo de vida no saludable.

Resulta que el aspecto de apoyo interpersonal en el anciano si tiene un buen estilo. Porque presenta apoyo de programas del gobierno y del Puesto de Salud, participan en actividades recreativas y eventos organizados en la comunidad, a pesar de ello sus familias se encuentran a una distancia larga, por lo que no reciben un adecuado afecto.

En la Autoconciencia sienten que son una molestia para sus familias, por lo que no prefieren ir a visitarlos, se creen inútiles y se sienten abandonados por la familia y la sociedad.

En la tabla 11: Se halló que 3 adultos mayores (2,5 %) con muy bajo peso , a 62 (51,7 %) con peso normal , a 32 (26,7 %) con sobrepeso, a 19(15,8 %) con obesidad tipo 1 y 4(3,3 %) con obesidad tipo 2.

Los resultados obtenidos difieren con los resultados encontrados por: Rodríguez (31). Se evaluaron 126 voluntarios entre 60 y 96 años, a quienes se les aplicó el Mini Nutritional Assessment. El instrumento identificó TABLA 11 riesgo nutricional en 48,4 % de los sujetos, con malnutrición 5,6 % y 46,0 % sin problemas nutricionales; las mujeres tienen las tasas más altas de desnutrición y riesgo, mientras que los hombres están bien alimentados.

Los resultados obtenidos también difieren con los resultados encontrados por: Aquino (38). Se obtuvo que el 57,2 % presenta riesgo de desnutrición, el 41,7 % de adultos mayores tienen un IMC normal, seguido de un 29,4 % con un IMC de sobrepeso, el 59,4 % de los adultos mayores con riesgo de desnutrición son de sexo masculino pero el 27 % de sexo femenino está desnutrida.

Los resultados obtenidos se asemejan con los resultados encontrados por: Barrón (34). Investigó sobre: “El envejecimiento es un tema de salud pública cada vez más relevante, siendo los hábitos alimentarios y el estado nutricional fundamentales en el estilo de vida de los adultos mayores, 2016”. El estado nutricional predominante fue normal (52 %).

Prevaleciendo un peso adecuado para el adulto mayor, es decir mantener un peso estable, desde un punto de vista estadístico, es una buena garantía para reducir la tasa de mortalidad, el aumento de la cantidad de tejido adiposo en la parte central del cuerpo, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y alteraciones metabólicas como hipercolesterolemia, resistencia a la insulina, aterosclerosis, hipertensión y diabetes mellitus. (142)

La población adulta mayor es un grupo con riesgo de problemas nutricionales. Esto se debe al mismo proceso de envejecimiento que produce una menor capacidad de regulación en la ingesta, asimilación y metabolismo de alimentos, y a otros factores asociados como son; cambios físicos, psíquicos, sociales y económicos, además de la coexistencia de patologías muy prevalentes en este grupo poblacional. Existe una dificultad añadida en los ancianos, los signos clínicos del déficit calórico y/o proteico suelen ser tardíos y es complicada su interpretación al poder ser originados por causas no nutricionales. Para la valoración del estado nutricional en muchas ocasiones, ni la exploración clínica, ni la antropometría, ni los parámetros bioquímicos son útiles en periodos muy tempranos de la desnutrición. La malnutrición se asocia con aumento de la comorbilidad, fragilidad y aumento de la dependencia y de la mortalidad.

Algunas personas de mayor edad, que tienen sobrepeso, consumen mayor cantidad de carbohidratos, a su vez no asisten a un establecimiento de salud para el control de peso y apoyo nutricional. Caso contrario para con los ancianos de peso bajo, que se debe a que consumen alimentos solo tres veces al día, pero la proporción de los alimentos son inferiores a los requerimientos nutricionales, bajo consumo de proteína y algunas tienen enfermedades crónicas que también promueven la delgadez de la persona.

La obesidad en el anciano se debe porque el cuerpo tiene una digestión lenta y la grasa consumida es la causante del elevado peso. También el ser un individuo sedentario.

En la tabla 12: Se estudiaron a 120 adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Cairani. Se observó que 3 adultos mayores (2,5 %) con muy bajo peso son no saludables; a 58 (48,3 %) con peso normal son no saludables, a 4 (3,3 %) son saludables; a 30(25 %) con sobrepeso son no saludables, 2(1,7 %) son saludables; 19(15,8 %) con obesidad tipo 1 son no saludables; a 4(3,3 %) con obesidad tipo 2 son no saludables.

Prevaleciendo la segunda, un estado nutricional saludable que contribuye, a mejorar el estado funcional y mental del individuo y por ende contribuye a mejorar la calidad de vida del mismo, algo sumamente importante en estos tiempos en que se han aumentado claramente los años de supervivencia (128).

Los resultados obtenidos difieren con los resultados encontrados por: Garcia (41). Estos son los resultados obtenidos en este estudio: El 68,1 % de los ancianos tienen una "adecuada" alimentación y el 31,9 % tienen una alimentación "desordenada". En la variable del estado nutricional, el 51,1 % estaban bien nutridos, el 23,4 % tenían bajo peso, el 21,3 % tenían sobrepeso y el 4,3 % eran obesos. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado arrojando un resultado de  $p = 0,851$  ( $p < 0,05$  IC 95 %), lo que indica que no existe relación entre la dieta y el estado de salud en las personas de mayor edad.

Los resultados obtenidos difieren con los resultados encontrados por: Chaua (43). Investigó sobre "Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor." En cuanto al estado nutricional el 37,50 % (30) llevaba una vida sana en la alimentación, nutrición e IMC estables, mientras que el 62,50 % (50) restante llevaba una vida peligrosa para la salud. De igual forma presentan diferente estado nutricional, encontramos 10 % bajo peso, 36,25 % normal, 38,75 % sobrepeso y 15,00 % pacientes obesos. Esto muestra su estado nutricional.

Los resultados obtenidos también difieren con los resultados encontrados por: Taco (46). Investigó sobre "Estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor Los resultados muestran que el 70 % de los adultos mayores tiene un estilo de vida no saludable. En cuanto al estado nutricional, el 62,5 % presenta sobrepeso seguidamente de un 35 % con estado nutricional normal.

Los estilos de vida de los adultos mayores depende de factores como la determinación genética, relacionados con la nutrición y la actividad física. En consecuencia, la ingesta adecuada de nutrientes incide en la condición física y mental de los individuos; por el contrario, una mala nutrición puede generar una reducción significativa de la inmunidad, aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades y reduce la productividad de la población.

El resultado no tiene una relación estadísticamente significativa entre las dos variables. Se debe a que un estilo de vida es un hábito, una serie de decisiones que cada individuo toma respecto a la salud, creando una mejor condición para enfrentar condiciones favorables o desfavorables.

En cuanto al estado nutricional, cabe destacar que la alimentación a esta edad es difícil de cambiar debido a diversos factores. En última instancia, estos resultados sugieren que no es necesario mantener una nutrición adecuada para lograr un estilo de vida saludable y es responsable de modificar comportamientos perjudiciales para la salud.

La investigación contribuirá a mejorar la calidad de vida, el bienestar de los adultos mayores de la zona rural de Tacna.

La realización de esta investigación es importante porque permite analizar la relación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en las personas de mayor edad, como también reforzar los ítems en que el adulto mayor no realiza con frecuencia. Brindar asistencia técnica a todos los profesionales de la salud para mejorar la atención extramural e intramural en el anciano, ya que tienen un impacto significativo que pueden influir positivamente en los hábitos de salud de sus pacientes a través de consejos de prevención y promoción de la salud.

De igual forma, las jornadas educativas sobre la importancia de la conservación del estilo de vida saludable ayudarán a los profesionales de la salud a conocer los factores que influyen en la falta de un adecuado estilo de vida y estado nutricional en los adultos mayores.

## CONCLUSIONES

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación se detallan las siguientes conclusiones:

1. No existe la relación significativa entre el estilo de vida y con el estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, pues se halló una sig. bilateral igual a 0,782.
2. Los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cairani, la mayoría tienen estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo tienen estilo de vida saludable.
3. En los adultos mayores más de la mitad tiene un estado nutricional normal seguidamente de sobrepeso, delgadez y obeso.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar este tipo de investigaciones en las diferentes etapas de vida para fortalecer los estilos de vida saludables de las personas y cuando lleguen a ser adultos mayores tengan un mejor estilo de vida.
2. Fortalecer las alianzas estratégicas entre la Dirección Regional de Salud, las instituciones privadas y población, para desarrollar programas de atención del adulto mayor que se encuentren en zonas alejadas. Del mismo modo, evacuarlos a las áreas correspondientes, como prácticas de prevención, intervención temprana y rehabilitación de las diversas condiciones físicas y subjetivas que puedan verse afectadas; con ello se logrará un envejecimiento digno y saludable.
3. Socializar la información obtenida de los resultados de la investigación con las entidades sujetas de estudio, para que se puedan involucrar al sector privado, para conseguir financiamiento y elaborar proyectos de promoción de la salud, prevención y rehabilitación.
4. Realizar otros estudios, teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación, utilizando variables que tengan relación con el estilo de vida que permitan explicar, comprender e intervenir en la prevención de problemas de salud en el adulto mayor, con la finalidad de garantizar una mejor calidad de vida.
5. Crear un espacio para brindar tiempo libre, descanso, para la participación activa en las actividades de la edad, independencia en el desempeño de las tareas cotidianas y comunitarias, derecho a ser preservado, respetado por el conocimiento y la experiencia, respetando su cultura.
6. Para mejorar el cuidado y comunicación de los adultos mayores en el área rural, el cuidado de la salud debe incluir creencias, estilo de vida

y valores culturales respetando el cuidado, de tal manera que en relación con la capacitación del personal debe ser posible incluir todas estas cualidades para lograr objetivos y mejorar la salud.

7. Sinergia de los programas existentes que cubren esta población, lo que optimiza los recursos, ahorra en la mayoría de los casos la duplicidad y amplía la visión de la propuesta del programa para que sea lo más integral posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Para Obtener T, Título EL, De P, Carlos BP, Angella A, Meneses D, et al. Licenciada en Enfermería FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.
2. (Microsoft Word - Nutricion y Cuidados del Adulto Mayor. Estudio Monografico\205) | Enhanced Reader [Internet]. [cited 2021 Nov 17]. Available from: <moz-extension://582c1496-7502-4e83-b82b-3d0afb9ea785/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Ffiapam.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F10%2FNutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>
3. Durán S, Sánchez H, Valladares M, López A, Valdés P, Herrera T. Reply [Internet]. Vol. 146, Revista Medica de Chile. Sociedad Médica de Santiago; 2018 [cited 2021 Dec 14]. p. 950–1. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018000800950&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000800950&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Adams Ubaldo KJ, Chirinos JL. Prevalence of risk factors for metabolic syndrome and its components in community kitchen users in a district in Lima, Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018;35(1):39–45.
5. Valdés Valdés M, Arencibia Moreno R, Hernández Gallardo D, Saavedra Cid CR. Estado nutricional y actividad física en un sitio centinela del poblado Orlando González, en el Municipio Majagua, Ciego de Ávila. Lect Educ física y Deport [Internet]. 2004 [cited 2021 Dec 14];(75). Available from: <https://www.efdeportes.com/efd75/nutri.htm>
6. Labraña Torres AM, Durán Fernández E, Asenjo Ibarra G, Bacardí Gascón M, Reyes Rodríguez R. Nivel de ingreso familiar y su relación con la calidad de la dieta de 2 grupos de adultos mayores de 60 años de la ciudad de Concepción Chile. Rev chil nutr. 1999;301–9.

7. Valencia MIB. Aging population: A challenge for public health. *Rev Colomb Anesthesiol* [Internet]. 2012 [cited 2021 Nov 27];40(3):192–4. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2256208712000119?token=AB3B03960E912C57FB70DD46E190D9031F42246AC3A005DB8E75CC848D9688DF3A59CAC829E4DA964FE858C69A4C6557&originRegion=us-east-1&originCreation=20211127204411>
8. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile [Internet]. [cited 2021 Apr 7]. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75182017000100008&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182017000100008&lng=es&nrm=iso)
9. Morales I. G, del Valle R. C, Soto V. Á, Daniza IM. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. Vol. 40, *Revista Chilena de Nutricion*. 2013. p. 391–6.
10. Dumoy JS. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 1999 [cited 2021 Dec 12];15(4):453–60. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000400019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400019)
11. Tafur Castillo J, Guerra Ramírez M, Carbonell A, Ghisays López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Latinoam Hipertens* [Internet]. 2018;13(5):4–11. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46914636006>
12. Organización Panamericana de la Salud. ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA EN SALUD DELADULTO MAYOR [Internet]. [cited 2021 Dec 12]. Available from: <moz-extension://65245fe5-9604-475d-ad1b-95639b9c8c0b/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fjmed.ssu.ac.ir%2Farticle-1-206-fa.pdf>

13. Zenón TG, Villalobos Silva JA. Malnutrición en el anciano. Parte I: Desnutrición, el viejo enemigo. Vol. 28, Medicina Interna de Mexico. 2012. p. 57–64.
14. Montejano Lozoya R, Ferrer Diego RM, Clemente Marín G, Martínez-Alzamora N. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Nutr Hosp [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 12];28(5):1438–46. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
15. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 12];58(9):1734–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20863332/>
16. Cabrera MAS, Mesas AE, Garcia ARL, de Andrade SM. Malnutrition and Depression among Community-dwelling Elderly People. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2007 [cited 2021 Dec 12];8(9):582–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17998114/>
17. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt Y, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 12];15(1):85–92. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
18. García Lizana F. European innovation partnership on active and healthy aging: Moving from policy to action. Gac Sanit. 2013 Sep 1;27(5):459–62.
19. Low S, Chin MC, Deurenberg-Yap M. Review on epidemic of obesity [Internet]. Vol. 38, Annals of the Academy of Medicine Singapore. 2009 [cited 2021 Nov 16]. p. 57–65. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19221672/>

20. Albala C. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN CHILENA Y LOS DESAFÍOS PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2020 Jan 1;31(1):7–12.
21. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. *BMC Public Health*. 2013;13(1).
22. TACNA ESTADISTICAS [Internet]. [cited 2021 Oct 24]. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Tacna2.html>
23. Poulsen I, Rahm Hallberg I, Schroll M. Nutritional status and associated factors on geriatric admission. *J Nutr Heal Aging* [Internet]. 2006 [cited 2021 Nov 16];10(2):84–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16554938/>
24. COVID-19 Impact on markets access, food security and livelihoods in Latin American Countries [Internet]. [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://unwfp.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=9c7d5aff4fd941388d8ae3b43ff15d3f>
25. Tarqui-Mamani C, Alvarez-Dongo D, Espinoza-Oriundo P, Sanchez-Abanto J. Análisis de la tendencia del sobrepeso y obesidad en la población peruana. *Rev Esp Nutr Humana y Diet* [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 24];21(2):137–47. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2174-51452017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
26. Blouin C, Tirado E, Francisco R, Ortega M. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política.
27. Pobreza Y Pobreza Extrema Y La Percepción Que C DE, Velasquez C, Withney Mamani Mamani J, Nicolás Aurelio Obando Aguirre M. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIAL ESCUELA PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA "CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DEL ADULTO MAYOR EN Tesis presentada por los Bachilleres: Para optar el Título Profesional de Licencia.

28. Guzmán-Olea E, Agis-Juárez RA, Bermúdez-Morales VH, Torres-Poveda K, Madrid-Marina V, López-Romero D, et al. Health status and gerontological evaluation in Mexican older adults in the face of the COVID-19 pandemic. *Gac Med Mex* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 23];156(5):420–5. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132020000500420&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000500420&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
29. Villaseñor Lopez K, Jimenez Garduño AM, Ortega Regules AE, Islas Romero LM, Gonzalez Martinez OA, Silva Pereira TS. Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: un estudio observacional. *Rev Española Nutr Humana y Dietética* [Internet]. 2021 Oct 10 [cited 2021 Oct 23];25(2):e1099. Available from: <https://www.renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/1099>
30. Valderrama LVF. Directrices en educación alimentaria y nutricional para el adulto mayor en la adopción de hábitos alimentarios y la adopción de estilos de vida saludable. Una .... repository.javeriana.edu.co [Internet]. [cited 2021 Oct 23]; Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/54042>
31. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández-Valera Y. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados Venezolanos. *Invest Clin* [Internet]. 2005 [cited 2021 Mar 26];46(3):219–28. Available from: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332005000300003](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332005000300003)
32. Toapaxi E, Guarate Y, Cusme N. INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA

- EN EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES. Enfermería Investig [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Oct 23];5(4):18. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/966/897>
33. Alonzo Vélez MA, Valle Gurumendi ML, Cardoso Castillo JA. IMPORTANCIA DE ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. CENTRO DEL ADULTO MAYOR “RENTA LUQUE”. 2019. Más Vita [Internet]. 2021 Jun 21 [cited 2021 Oct 23];3(2):23–9. Available from: <https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/182>
34. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Rev Chil Nutr [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2021 Apr 7];44(1):57–62. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182017000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
35. Corral S. Estado nutricional y su influencia en el Estado anímico en los adultos mayores del grupo b1 del Centro Gerontológico “Dr. Arsenio de la Torre Marcillo” de Guayaquil y Diseño de Perfiles Nutricionales. [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 14]. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/2538/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-80.pdf>
36. Tantaleán Chávez AM. Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, setiembre 2019 – febrero 2020 [Internet]. 2021. [cited 2021 Oct 23]. Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3866>
37. Cabrera Romero EN, Camacho Calderón PA. Estilos de vida y nivel cognitivo del adulto mayor. Centro de Salud Liberación Social. 2020

- [cited 2021 Oct 23];1–80. Available from: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15930>
38. Mera Vizconde DK. Estilos de vida y su relación en el estado nutricional en estudiantes de la Institución Educativa Marcial Acharan y Smith - Trujillo, 2019 [Internet]. Repositorio Institucional - UCV. 2019 [cited 2021 Apr 14]. Available from: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/35304>
  39. Cari Mamani RL. COMPARACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES PROVENIENTES DE ZONAS URBANAS Y RURALES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA 2016. Univ Nac del Altiplano [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 14];96. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6508%0Ahttp://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/13233>
  40. de Enfermería F, Enf Quintana Chistama B, Tatiana Bach Enf Puertas Ruiz Cilene Himelda Asesora I, Marina Guerra Vásquez Mgr Saúl Flores Nunta D. UNIVERSIDAD PRIVADA DE LA SELVA PERUANA Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 24]. Available from: <http://repositorio.ups.edu.pe/bitstream/handle/UPS/50/Tesis-Iracema.pdf>
  41. Bach. Nut. García Cayao Jhony. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.
  42. Avelino Yanet. Estilo de vida de los usuarios del programa de adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo. 2015 [cited 2021 Apr 7]. Available from: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7874>
  43. Chahua Tineo F. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de la Cooperativa Huancaray - SJL, 2018. Univ César Vallejo [Internet].

- 2018 [cited 2021 Apr 14]; Available from: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV\\_29b95dda198d035f684f1f1f4a7acfb3](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_29b95dda198d035f684f1f1f4a7acfb3)
44. Calsina Díaz Y. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Historia Santiago [Internet]. 2011; Historia Santiago. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/1073%0Ahttp://www.unjbg.edu.pe/institucion/historia.php>
  45. Neyra Rodriguez DM. “ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDEN A MEDICINA COMPLEMENTARIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, OCTUBRE - 2019”. Repos Inst [Internet]. 2020 Feb 14 [cited 2021 Oct 23]; Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3748>
  46. Taco Churata S, Vargas Adrian R. Estilo de vida y Estado Nutricional del adulto mayor en el distrito de Polobaya. 2018 [cited 2021 Apr 14];71. Available from: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA\\_a6f6d21e9ca870a6f6aa69c102e72360](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA_a6f6d21e9ca870a6f6aa69c102e72360)
  47. Colca Estofanero DB. Relación Entre Estilos de Vida y el Estado Nutricional de Alumnas de 10 a 12 Años de la Institución Educativa Primaria 42014 José Jimenez Borja – Tacna, 2018. 2018;
  48. Caballero C. ESTADO NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DELVII CICLO DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, PERIODO 2017 TESIS. Universidad privada de Tacna. 2019.
  49. Serrano Peña R. Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de la Región Tacna-2016. UNJBG [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 30];1–110. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3406>
  50. Dehollain PL. AGROALIMENTARIA No 1.Septiembre [Internet]. 1995

- [cited 2021 Nov 16]. Available from: <http://revencyt.ula.ve/storage/repo/ArchivoDocumento/agroal/v1/articulo5.pdf>
51. Pedraza. DF. SEGURIDAD ALIMENTARIA FAMILIAR. RESPYN Rev Salud Pública y Nutr [Internet]. 2003 Jul 10 [cited 2021 Nov 16];4(2). Available from: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/109>
  52. Frankenberger TR, McCaston MK. The household livelihood security concept [Internet]. Security. 1998 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <moz-extension://65245fe5-9604-475d-ad1b-95639b9c8c0b/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fjmed.ssu.ac.ir%2Farticle-1-206-fa.pdf>
  53. Witriw A. PROGRAMA DE EVALUACION NUTRICIONAL [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 7]. Available from: [https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-03/teorico Evaluación Nutricional 2019.pdf](https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-03/teorico%20Evaluaci%C3%B3n%20Nutricional%202019.pdf)
  54. Pedraza. DF. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN BRASIL. RESPYN Rev Salud Pública y Nutr [Internet]. 2004 Oct 10 [cited 2021 Nov 16];5(3). Available from: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/133>
  55. OMS | Nutrición. WHO [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 7]; Available from: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
  56. Borba De Amorim R, Coelho Santa Cruz MA, Borges De Souza PR, Corrêa Da Mota J, González H. C. Medidas de estimación de la estatura aplicadas al índice de masa corporal (IMC) en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores. Rev Chil Nutr [Internet]. 2008 Nov [cited 2021 Nov 16];35(SUPPL. 1):272–9. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182008000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  57. Anales del Sistema Sanitario de Navarra: Prologo [Internet]. Vol. 22,

- Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 1999 [cited 2021 Nov 16]. p. 7–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/495464>
58. Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzi G. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. *Br J Nutr* [Internet]. 2002 Feb [cited 2021 Nov 17];87(2):177–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11895170/>
  59. WHO Expert Committee on Physical Status : the Use and Interpretation of Anthropometry (1993 : Geneva S, WHO Expert Committee on Physical Status : the Use and Interpretation of Anthropometry (1993 : Geneva S. El estado físico : uso e interpretación de la antropometría : informe de un comité de expertos de la OMS. *Organ Mund la Salud, Ser Inf Técnicos* [Internet]. 1995 [cited 2021 Nov 16];854:521. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_spa.pdf?ua=1)
  60. Dr. Paul Takahashi. La pérdida de peso en los ancianos, a veces puede ser señal de un problema médico subyacente [Internet]. [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/la-perdida-de-peso-en-los-ancianos-a-veces-puede-ser-senal-de-un-problema-medico-subyacente/>
  61. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry , report of a WHO expert committee [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>
  62. Gallagher D, Visser M, De Meersman RE, Sepúlveda D, Baumgartner RN, Pierson RN, et al. Appendicular skeletal muscle mass: effects of age, gender, and ethnicity. *J Appl Physiol* [Internet]. 1997 [cited 2021 Nov 17];83(1):229–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9216968/>
  63. Hughes VA, Frontera WR, Roubenoff R, Evans WJ, Fiatarone Singh MA. Longitudinal changes in body composition in older men and women: Role of body weight change and physical activity. *Am J Clin*

- Nutr [Internet]. 2002 [cited 2021 Nov 17];76(2):473–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12145025/>
64. Penny Montenegro E. Obesidad en la tercera edad. An la Fac Med [Internet]. 2017 Jul 17 [cited 2021 Nov 17];78(2):111. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  65. Proietto J. Obesity and Bone [Internet]. Vol. 9, F1000Research. F1000 Research Ltd; 2020 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32953088/>
  66. AEAL. 3. Alimentación saludable | AEAL [Internet]. 20/02. 2017 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <http://www.aeal.es/alimentacion-y-nutricion/3-alimentacion-saludable/>
  67. Pinto J, Carbajal Á. Dieta Equilibrada, Prudente o Saludable. Nutr y Salud [Internet]. 2010 [cited 2021 Nov 17];1(1):7–23. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=33946>
  68. Mamani Illachura EM. El rol de la enfermera en la prevención y promoción de estilos de vida en el adulto con diabetes mellitus, en los Centros de Salud de la Micro Red Metropolitana Tacna. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 16]; Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2061>
  69. Hoogendijk EO, Flores Ruano T, Martínez-Reig M, López-Utiel M, Lozoya-Moreno S, Dent E, et al. Socioeconomic position and malnutrition among older adults: Results from the fradea study. J Nutr Heal Aging [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2021 Nov 17];22(9):1086–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30379307/>
  70. Hernández Morante JJ, Martínez CG, Morillas-Ruiz JM. Dietary factors associated with frailty in old adults: A review of nutritional interventions to prevent frailty development [Internet]. Vol. 11, Nutrients. Nutrients; 2019 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30621313/>

71. Fujita Y. Nutritional requirements of the elderly: A Japanese view. In: Nutrition Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1992 [cited 2021 Nov 17]. p. 449–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1753-4887.1992.tb02501.x>
72. Azcona AC. Ingestas recomendadas de energía y nutrientes. In 2003. p. 27–44.
73. Lopez VL, Antonio Lopez Medina J, Gutierrez MV, Luisa Fernandez Soto M. Hidratos de carbono: Actualización de su papel en la diabetes mellitus y la enfermedad metabólica. Nutr Hosp [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 17];30(5):1020–31. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112014001200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
74. Berry EM, Eisenberg S, Friedlander Y, Harats D, Kaufmann NA, Norman Y, et al. Effects of diets rich in monounsaturated fatty acids on plasma lipoproteins-the Jerusalem nutrition study. II. Monounsaturated fatty acids vs carbohydrates. Am J Clin Nutr [Internet]. 1992 [cited 2021 Nov 17];56(2):394–403. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1636617/>
75. CDC. Fase de seguimiento : Grasas: saturadas, insaturadas y trans. Programa Nacional de Prevención de la Diabetes. 2018.
76. Nutrición para personas mayores. [cited 2021 Apr 14]; Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html>
77. Corbin, Charles B.; Pangrazi, Robert P.; Franks BD. Definitions: Health, Fitness, and Physical Activity. Pres Counc Phys Fit Sports Res Dig [Internet]. 2000 Mar [cited 2021 Nov 17]; Available from: [http://mmfitness.gov/activity/activity2/digest\\_mar2000/digest\\_mar2000.html](http://mmfitness.gov/activity/activity2/digest_mar2000/digest_mar2000.html)
78. Redacción Grupo Alpha. La importancia de la actividad física en el adulto mayor [Internet]. Grupo Alpha. 2017 [cited 2021 Apr 14].

Available from:  
<https://www.clubalpha.com.mx/index.php/enterate/articulos/335-la-importancia-de-la-actividad-fisica-en-el-adulto-mayor>

79. Casimiro Andújar AJ. Educación para la salud, actividad física y estilo de vida. Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones; 2000.
80. González Ramírez MT, Landero Hernández R. Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;23(1):7–18.
81. Ojeda Rubio A. Manejo del estrés, un camino seguro para promocionar la salud y la calidad de vida. 2005 [cited 2021 Apr 7];1–36. Available from: <moz-extension://c26cc4fc-b940-4593-bd69-4109a373fd82/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fcore.ac.uk%2Fdownload%2Fpdf%2F47066099.pdf>
82. Andreasen NC. Linking mind and brain in the study of mental illnesses: A project for a scientific psychopathology. *Science* (80- ). 1997;275(5306):1586–93.
83. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos [Internet]. Vol. 31, *Revista de Saude Publica*. Universidade de Sao Paulo; 1997 [cited 2021 Oct 30]. p. 425–35. Available from: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci\\_arttext&tIng=es](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci_arttext&tIng=es)
84. *Estres\_academico\_y\_afrontamiento\_en\_estudiantes\_de* [Internet]. [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6849/6983>
85. Aguirre SI, Ornelas M, Gastélum G, Peinado JE. Invarianza factorial de

la escala de ansiedad ante el envejecimiento de lasher y faulkender en estudiantes universitarios, hombres y mujeres. *Form Univ.* 2017;10(1):25–32.

86. Alemán-Ruiz I, Calvo-Francés F. Validación de la escala de vínculos interpersonales de apoyo VIDA. *An Psicol* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 17];33(1):168–79. Available from: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.1.232341>
87. Aranda B. C, Pando M. M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev Investig en Psicol* [Internet]. 2014 Jul 15 [cited 2021 Nov 17];16(1):233. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3929>
88. de Brito TRP, Pavarini SCI. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2021 Nov 17];20(4):677–84. Available from: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/jvGzsNB3rVV3KfFjmjhvHvD/abstract/?lang=en>
89. Cancino M, Rehbein Felmer L, Ortiz MS. Cognitive reserve, depression and social support. Analysis of 206 older adults. *Rev Med Chil* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2021 Nov 17];146(3):315–22. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018000300315&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000300315&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
90. Carmona-Valdés SE, Ribeiro-Ferreira M. Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles Poblac* [Internet]. 2010 [cited 2021 Nov 17];16(65):163–85. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300006)
91. García-Valdez MT, Sánchez-González D, Román-Pérez R. Aging and adaptation strategies to urban environments from environmental

- gerontology. *Estud Demogr Urbanos Col Mex* [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 17];34(1):101–28. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-72102019000100101&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102019000100101&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
92. Castillo Coveñas TZ, Urbano Justino M del R, Urbina Suyo NN. Estado nutricional de preescolares en una Institución Educativa Inicial Pública de Ventanilla-2018. Tesis [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 17];1–45. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K4r3\\_7JkFSQJ:repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/147/CAS\\_TILLO\\_SICCHA\\_%252520FIORELLA\\_ELIZABETH\\_ESTILOS\\_DE\\_VIDA\\_FACTORES\\_SOCIOCULTURALES\\_NI%2525C3%252591OS\\_DE\\_L\\_NIVEL\\_PRIMARIO.pdf%253Fse](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K4r3_7JkFSQJ:repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/147/CAS_TILLO_SICCHA_%252520FIORELLA_ELIZABETH_ESTILOS_DE_VIDA_FACTORES_SOCIOCULTURALES_NI%2525C3%252591OS_DE_L_NIVEL_PRIMARIO.pdf%253Fse)
  93. Mimenza Castillero Oscar. Necesidades de autorrealización: ¿qué son, según Maslow? [Internet]. [cited 2021 Apr 7]. Available from: <https://psicologiaymente.com/psicologia/necesidades-de-autorrealizacion>
  94. Rodríguez LG. Autorrealización en la Vejez - Aula Mayor [Internet]. [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://aulamayor.com/2017/10/31/autorrealizacion-en-la-vejez/>
  95. N° L, De La Ley N° R, De La Persona L, Mayor A. Editora Perú Ley de la Persona Adulta Mayor NORMAS LEGALES ACTUALIZADAS.
  96. Quintero Osorio M. La salud de los adultos mayores. [Internet]. Vol. 2, Organización Panamericana de la Salud. 2013 [cited 2021 Nov 17]. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
  97. Sugawara E, Nikaido H. Properties of AdeABC and AdeIJK efflux systems of *Acinetobacter baumannii* compared with those of the

- AcrAB-TolC system of *Escherichia coli*. *Antimicrob Agents Chemother* [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 17];58(12):7250–7. Available from: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/1684>
98. Lopegui E. EL CONCEPTO DE SALUD: Responsabilidad Individual- © 2000 Edgar Lopategui [Internet]. 2000 [cited 2021 Nov 17]. p. 1 pantalla. Available from: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
99. Legrá ML. Cambio de mentalidad: Responsabilidad de salud. *Index Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2021 Apr 14];19(1). Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100009)
100. Jaime Prats. El estilo de vida ‘no saludable’ causa 16 millones de muertes al año | Ciencia | EL PAÍS [Internet]. 19 enero. 2015 [cited 2021 Apr 7]. Available from: [https://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312\\_637657.htm](https://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312_637657.htm)
101. DNP-UDS. Envejecimiento Y Vejez [Internet]. Conpes 2793 De 1995. 1995 [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
102. Salud OM de la. Envejecimiento y salud [Internet]. Vol. 12, Geriatrika. 1996 [cited 2021 Apr 4]. p. 38–43. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
103. Gómez-Cabello A, Vicente Rodríguez G, Vila-Maldonado S, Casajús J, Ara I. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutr hosp* [Internet]. 2012 [cited 2021 Nov 17];27(1):22–30. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100004)

104. Unidas N. Naciones Unidas Naciones Unidas. Agua [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 17];(571):2. Available from: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
105. Olivares R, Martínez R, Oquendo B. Redalyc. "Calidad de vida en el adulto mayor." 2015 [cited 2021 Nov 17];1–7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>
106. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 14];25(2):57–62. Available from: <moz-extension://c26cc4fc-b940-4593-bd69-4109a373fd82/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fscielo.isciii.es%2Fpdf%2Fgeroko%2Fv25n2%2Frevision1.pdf>
107. Landinez Parra NS, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 7];38(4):562–80. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008)
108. Besdine RW. Introducción al envejecimiento - Salud de las personas de edad avanzada - Manual MSD versión para público general. Warren Alpert Med Sch Brown Univ [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 30]; Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/introducción-al-envejecimiento>
109. Daniel AC. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2012 [cited 2021 Nov 17];28(2):79–86. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
110. Guadalupe M, Lozano Z. Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de Población. 1999;5(19):23–41.

111. Atalah S. E, Urteaga R. C, Rebolledo A. A, Delfín C. S, Ramos H. R. Patrones alimentarios y de actividad física en escolares de la Región de Aysén. Rev Chil pediatría. 1999 Nov;70(6).
112. PENSIONISSSTE. Día del Adulto Mayor | PENSIONISSSTE | Gobierno | gob.mx [Internet]. Gobierno de México. 2017 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
113. Alimentacion portal de. Alimentación [Internet]. [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Alimentación>
114. Vizmanos B, Capdevila F, Hunot Alexander C, Vizmanos B. Alimentación y obesidad. Investig en Salud [Internet]. 2006 [cited 2021 Oct 30];8(2). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280204>
115. Antropometría - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Antropometría>
116. Autorrealización - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Autorrealización>
117. Balanza - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Balanza>
118. Gjesdal, Gjesdal. Impacto de la masa magra y la masa grasa en la densidad mineral ósea: el estudio de salud de Hordaland. Maturitas. 2008 Feb 20;59(2):191–200.
119. Espino J, Bejarano I, Paredes SD, González D, Barriga C, Reiter RJ, et al. La melatonina contrarresta las alteraciones en el metabolismo oxidativo y la viabilidad celular inducidas por la sobrecarga de calcio intracelular en leucocitos humanos: cambios con la edad. Farmacol y Toxicol básica y clínica. 2010;107(1):590–7.
120. Slipak O. Alcmeon 03 -Historia y concepto del estrés (1ra. Parte) [Internet]. Alcmeon 3. 1991 [cited 2021 Oct 30]. p. 355–60. Available

from: [https://alcmeon.com.ar/1/3/a03\\_08.htm](https://alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm)

121. Papadia C, Sabatino A Di, Corazza GR, Forbes A. Diagnosing small bowel malabsorption: A review [Internet]. Vol. 9, Internal and Emergency Medicine. Springer-Verlag Italia s.r.l.; 2014 [cited 2021 Apr 14]. p. 3–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23179329>
122. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. J Am Med Assoc [Internet]. 2005 Apr 20 [cited 2021 Nov 17];293(15):1861–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15840860/>
123. Organización Mundial de la Salud [OMS]. OMS | Obesidad [Internet]. Who. World Health Organization; 2016 [cited 2021 Apr 14]. Available from: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
124. Heider F. La psicología de relaciones interpersonales. The Psychology of Interpersonal Relations. Wiley; 2013. 322 p.
125. GILLWALD K. Responsabilidad social - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 3de septiembre. 2019 [cited 2021 Oct 30]. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Responsabilidad\\_social](https://es.wikipedia.org/wiki/Responsabilidad_social)
126. Taylor D, Bury M. Chronic illness, expert patients and care transition. Sociol Heal Illn [Internet]. 2007 Jan [cited 2021 Apr 14];29(1):27–45. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2007.00516.x/full>
127. Beghin I, Cap M, Dujardin B. Guía para EVALUAR EL ESTADO DE NUTRICIÓN. Organ Panam La Salud [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 12];1–26. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3313/Gu%a1a%20para%20evaluar%20el%20estado%20de%20nutricion.pdf?sequence=1>
128. Más Sarabia M, Alberti Vázquez L, Espeso Nápoles N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo.

- Humanidades Médicas [Internet]. 2005 [cited 2021 Dec 12];5(2):0–0. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
129. Sousa V, Driessnack M, Costa I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2007 [cited 2021 Dec 12];15(3):6. Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
130. De C, Módulo E. Estado nutricional Enfermedades relacionadas Alteraciones de la Evaluación del estado nutricional con la alimentación conducta alimentaria.
131. García-Hjarles M. Estilo de vida y salud reproductiva. Vox Juris [Internet]. 2014;28(2):125–45. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>
132. AMM. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. Asociación Medica Mundial. 2015 [cited 2021 Dec 12]. p. 5. Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
133. GIANCARLOS MQ. FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU RELACION CON EL ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB “EDAD DE ORO” TACNA 2010 [Internet]. No. 2019/1. 2007 [cited 2021 Apr 4]. p. 1–20. Available from: [moz-extension://c26cc4fc-b940-4593-bd69-4109a373fd82/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Frepositorio.unjbg.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2FUNJBG%2F184%2FTG0037.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy](http://moz-extension://c26cc4fc-b940-4593-bd69-4109a373fd82/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Frepositorio.unjbg.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2FUNJBG%2F184%2FTG0037.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy)
134. Mamani F. La situación de la población adulta mayor en el Perú, hallazgos de una investigación del Idehpucp para mejorar las políticas públicas. Not y eventos [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 12];8. Available

from: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/la-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-en-el-peru-hallazgos-de-una-investigacion-del-idehpucp-para-mejorar-las-politicas-publicas/>

135. Suay A. Envejecimiento y desigualdad de género. Geriatricarea [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 12]; Available from: <https://www.geriatricarea.com/2016/03/30/envejecimiento-desigualdad-genero/>
136. Lebrusán Murillo I. Perfil de los mayores españoles en lo que al estado civil respecta [Internet]. Centro Internacional sobre el Envejecimiento - CENIE. 2019 [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/el-cambio-social-la-evolucion-en-el-estado-civil-de-las-personas-mayores>
137. mayo clinic. Caminar: reduce la cintura y mejora tu salud - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/fitness/in-depth/walking/art-20046261>
138. Estrella I, Torres T. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerokomos [Internet]. 2015;26(4):123–6. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2015000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400002)
139. Barbado P. La importancia de controlar el estrés. Nexo Psicología Aplicada [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 12]; Available from: <https://usc.edu.co/index.php/noticias/item/1487-la-importancia-de-controlar-el-estres>
140. Molina Zúñiga R. El ejercicio y la salud, "la caminata"; beneficios y recomendaciones. Rev Costarric Salud Pública [Internet]. 1998 [cited 2021 Dec 12];7(12):65–72. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14291998000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291998000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

141. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 54<sup>a</sup> ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A54/8 Punto 13.2 del orden del día provisional 30 de marzo de 2001.
142. Arturo Gibrán Ramírez Ramos. La importancia del peso y la composición corporal en el adulto mayor [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.univa.mx/la-piedad/2021/01/29/la-importancia-del-peso-y-la-composicion-corporal-en-el-adulto-mayor/>
143. González-Jiménez R, León-Larios F, Lomas-Campos M, Albar MJ. Sociocultural factors determinants of eating habits of kindergarten schoolchildren in peru: A qualitative study. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 Dec 13 [cited 2023 Feb 23];33(4):700–5. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2554>

## **ANEXOS**

**Anexo 1 : Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación sobre “RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CAIRANI DE TACNA, 2021” Entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado dental. Nombre del Participante

\_\_\_\_\_

Firma.....

\_\_\_\_\_ Perú, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sección a llenar por el Investigador o su representante: He explicado al Sr(a)..... la naturaleza de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente para realizar investigación con seres humanos y declaro mi apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador .....

## **Anexo 2 : Cuestionarios**

### **UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - ESCUELA DE POS GRADO**

#### **ENCUESTA SOBRE “RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CAIRANI DE TACNA, 2021”**

AUTOR: Walker, Sechris1, Pender

Modificado por: Díaz,R; Marquez, E; Delgado, R (2008)

Modificado por el autor: Mamani, G (2012)

### **INSTRUCCIONES**

Los datos que nos brinde no serán divulgados ni publicados solo serán usados para el análisis del problema, es totalmente anónimo no es necesario que escriba su nombre en ningún lugar. A continuación le presentamos una serie de preguntas que podrá responder marcando con X la respuesta que UD. considere correcta, para ello sugerimos que sea de forma sincera.

#### **I. FACTORES SOCIALES:**

##### **A. EDAD**

a) 60 -64 años ( )    b) 65-69 años ( )    c) 70 años o más años ( )

##### **B. SEXO**

1) Masculino ( )    2) Femenino ( )

##### **C. ESTADO CIVIL**

1) Soltero(a)    2) Casado(a)    3) Viudo(a)    4) Separado

## CUESTIONARIO

**ESTIMADO SR.SRA.**

---

Es muy grato presentarme ante usted, la suscrita Lic. Edith Magali Mamani Illachura, aspirante al grado de Maestro en Ciencias con mención en Salud Pública.

Me encuentro realizando un estudio, respecto a **“RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CAIRANI DE TACNA, 2021”**

El presente instrumento forma parte de un trabajo de investigación el cual tiene fines exclusivamente académicos y se mantendrá absoluta reserva.

Por favor lea detenidamente las preguntas del cuestionario, según el criterio de la tabla, marcando con un aspa (X) el dígito que corresponda para cada afirmación.

La información que nos proporcione es completamente CONFIDENCIAL.

### **INSTRUCCIONES**

Todas las preguntas tienen diversas opciones de respuesta, deberá elegir SOLO UNA, salvo que el enunciado de la pregunta diga expresamente que puede seleccionar varias.

Cada opción tiene un número, marque con un aspa (X) a la opción elegida, de la siguiente forma.

**N: NUNCA V: AVECES F: FRECUENTE S: SIEMPRE**

### CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Nº	ITEMS	CRITERIOS			
		N	V	F	S
<b>ALIMENTACIÓN</b>					
1	Ud. Ingiere desayuno almuerzo y comida?				
2	Ud. Consume pescado y/o mariscos al menos una vez por semana?				
3	Ud. consume pollo, pavo, gallina, pato, en la semana?				
4	Ud. Consume vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuados de proteína?				
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 crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
8	Ud. Consume algunos suplementos nutritivos adicionales?				
9	Al ingerir sus alimentos el tiempo que demora es al menos de 40 minutos?				
<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>					
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	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, yoga, danza, meditación ,relajación auto dirigida)?				
13	Ud. duerme al menos 6 horas diarias?				
14	Ud. duerme bien y se levanta descansado?				
15	Ud. utiliza pastillas para dormir?				
<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>					
16	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida?				
17	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación?				
18	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación?				

19	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración?				
<b>APOYO INTERPERSONAL</b>					
20	Se relaciona con los demás?				
21	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás?				
22	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas?				
23	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás?				
<b>AUTORREALIZACIÓN</b>					
24	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida?				
25	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza?				
26	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal?				
<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>					
27	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica?				
28	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud?				
29	Tiene exámenes de laboratorio: hemograma, hematocrito, glucosa, hemoglobina, perfil lipídico, creatinina actualizados?				
30	Se realiza el control de su Presión arterial?				
31	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud?				
32	Fomenta Ud. que otros adultos mayores realicen descarte de cáncer (mama, cuello uterino, próstata, estomago, pulmón)?				
33	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas?				

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## ANTROPOMETRIA

### FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO

<b>PESO</b>	<b>TALLA</b>	<b>IMC</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		

Muy bajo peso	16,00 a 16,99:
Bajo peso	17,00 a 18,99
Normal	19,00 a 24,99
Sobre peso	25,00 a 29,99
Obesidad I	30,00 a 34,99
Obesidad II	35,00 a 39,99
Obesidad III	40,00 a 44,99