

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN- TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**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**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR:

Ana Mirela Tantaleán Chávez

ASESOR:

Lic. Enf. M. Sc. Luz Karen Quintanilla Morales

Tarapoto - Perú

2020



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN- TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**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**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR:

Ana Mirela Tantaleán Chávez

ASESOR:

Lic. Enf. M. Sc. Luz Karen Quintanilla Morales

Tarapoto - Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**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**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR:

Ana Mirela Tantaleán Chávez

ASESOR:

Lic. Enf. M. Sc. Luz Karen Quintanilla Morales

Tarapoto – Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**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**

AUTOR:

Ana Mirela Tantaleán Chávez

Sustentada y aprobada el 30 de noviembre del 2020,

ante el honorable jurado:

.....
Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Presidente

.....
Lic. Enf. Mg. Julia Cornejo Quispe

Secretaria

.....
Lic. Nut. Dra. María Elena Farro Roque

Vocal

Constancia de asesoramiento

La que suscribe el presente documento,

Hace Constar:

Que he revisado y bajo mi asesoramiento la señorita Bachiller en enfermería **Ana Mirela Tantaleán Chávez**, ha ejecutado la tesis titulada:

Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, setiembre 2019 – febrero 2020.

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente, para constancia, firmo en la Ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 30 de noviembre del 2020.

Atentamente



.....
Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales

Asesor

Declaratoria de autenticidad

Ana Mirela Tantaleán Chávez, con DNI N° 75725015, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, setiembre 2019 – febrero 2020.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 30 de noviembre del 2020.



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ana Mirela Tantaleán Chávez', written over a dotted line.

Bach. Ana Mirela Tantaleán Chávez

DNI N° 75725015

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: <i>Tantaleán Chávez Ana Mirela</i>	
Código de alumno : <i>75725015</i>	Teléfono: <i>927267069</i>
Correo electrónico : <i>anamirelatantalean@gmail.com</i>	DNI: <i>75725015</i>

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: <i>Ciencias de la Salud</i>
Escuela Profesional de: <i>Enfermería</i>

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título : <i>Estilos de Vida y su Relación con el Estado Nutricional del Adulto Mayor, Asentamiento Humano la Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, Septiembre 2019 - Febrero 2020</i>
Año de publicación: <i>2020</i>

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

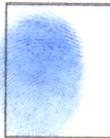
7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

07 / 01 / 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.


Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios, por darme la oportunidad de vivir esta bella experiencia que han sido mis estudios, por la salud, fuerza e inteligencia y por guiar mis pasos por el sendero del buen camino.

A mi amada Madre, que desde un inicio me ha brindado su apoyo incondicional, siendo hoy ella el pilar más fuerte, que me ha sostenido en todo momento y festejando conmigo cada logro que me lleva a mis objetivos trazados y por ser ejemplo de una gran luchadora.

Ana Mirela

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarnos profesionalmente.

A mi Asesora Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales por su ejemplo de vida profesional y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

A toda la población del asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, que contribuyeron su colaboración en la adquisición de datos para la investigación y por habernos brindado las facilidades para la ejecución de trabajo de tesis.

A todas las personas que nos brindaron su apoyo para la finalización de nuestro trabajo.

Ana Mirela

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tabla.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
TÍTULO.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	2
1.3. Bases teóricas.....	6
1.4. Justificación.....	24
1.5. Problema.....	25
II. OBJETIVOS.....	25
2.1. Objetivo General.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	26
2.3. Hipótesis de Investigación.....	26
2.4. Sistemas de Variables.....	26
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
3.1. Tipo de Estudio.....	29
3.2. Diseño de Investigación.....	29
3.3. Universo, Población y Muestra.....	29
3.4. Procedimientos.....	30
3.5. Métodos de Instrumentos de recolección de datos.....	31
3.6. Plan de Tabulación y Análisis de datos.....	33
IV. RESULTADOS.....	34
V. DISCUSIÓN.....	37
VI. CONCLUSIONES.....	44

VII. RECOMENDACIONES	45
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
IX. ANEXOS.....	53

Índice de tabla

Tabla	Título	Pág.
1	Características sociodemográficas de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020.	34
2	Estilos de vida de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020, en sus dimensiones: alimentación, ejercicio, manejo de estrés, responsabilidad en salud, soporte interprersonal y autorrealización.	35
3	Estado nutricional de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020, mediante la evaluación del índice de masa corporal (IMC).	36
4	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.	36

Resumen

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: el 60.0% (24) de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, se encuentran entre las edades de 60 a 70 años de edad, el 57.5% (23) son de sexo masculino, el 66.5% (26) son no letrados, el 52.5% (21) son convivientes, el 67.5% (27) son agricultores, el 57.5% (23) tienen de 1 a 3 hijos, y el 45,0 (18) profesan la religión adventista. El 85,0% (34) de los adultos mayores en estudio tienen estilos de vida no saludables, y solo el 15,0%, (6) presentan estilos de vida saludables. El 57,5% (23) de ellos tiene un estado nutricional inadecuado, donde el 27,5% (11) se encuentra con delgadez, el 20,0% (8) tiene sobrepeso y el 10,0% (4) tiene obesidad; siendo sólo el 42,5% (17) los adultos mayores con un peso adecuado o normal. En la dimensión de **alimentación**, el 28,0% (7) se encontró con un estilo de vida no saludable. En la dimensión **de actividad y ejercicio**, se obtuvo como resultados que el 24,0% (6) de los adultos mayores en estudio no presentaban un estilo de vida saludable. En la dimensión **manejo del estrés** el 33,3% (5) señalan tener un estilo de vida saludable. Con respecto a la dimensión de **apoyo interpersonal** el 16,0% (4) no tienen buenos estilos de vida. Así mismo; en la dimensión **autorrealización** el 26,7% presentan estilos de vida saludables. Finalmente, en cuanto a la dimensión de **responsabilidad y salud** en el adulto mayor, se obtuvo que el 20,0% practican estilos de vida no saludables. Concluyendo se aprecia la relación significativa entre estilos de vida y estado nutricional de los adultos mayores ($P = 0.01$),

Palabras clave: Estilos de vida, estado nutricional, adulto mayor.

Abstract

The present research work had as objective to determine the relationship between life styles and the nutritional status of the older adults in the Human Settlement La Victoria in the District of La Banda de Shilcayo September 2019 to February 2020. Methodology: non-experimental with a quantitative, descriptive, cross-sectional approach, the sample was made up of 40 older adults, the "Lifestyle Scale" was used as instrument, developed by Walker, Sechrist and Pender, in 1990 and modified by the graduates in Nursing Diaz R; Delgado R; and Reyna E (2010). Results: 60.0% (24) of the older adults of the Human Settlement "La Victoria", are between the ages of 60 and 70 years old, 57.5% (23) are males, 66.5% (26) are unlettered, 52.5% (21) are cohabitants, 67.5% (27) are farmers, 57.5% (23) have 1 to 3 children, and 45.0 (18) profess the Adventist religion. The 85.0% (34) of the older adults of the study have unhealthy lifestyles, and only 15.0%, (6) have healthy lifestyles. The 57.5% (23) of them have an inadequate nutritional status, where 27.5% (11) are thin, 20.0% (8) are overweight and 10.0% (4) are obese; only 42.5% (17) are older adults with an adequate or normal weight. In the eating dimension, 28.0% (7) found an unhealthy lifestyle. In the activity and exercise dimension, the results showed that 24.0% (6) of the older adults in the study did not have a healthy lifestyle. In the stress management dimension, 33.3% (5) indicated having a healthy lifestyle. Regarding the interpersonal support dimension, 16.0% (4) do not have good lifestyles. Likewise, in the self-realization dimension, 26.7% have healthy lifestyles. Finally, with respect to the dimension of responsibility and health in the older adult, it was obtained that 20.0% practice unhealthy lifestyles. Concluding, that there is a significant relationship between life styles and nutritional status of older adults ($P = 0.01$).

Keywords: Lifestyles, nutritional status, older adults.



TÍTULO:

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.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual

En la actualidad, las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables que conllevan al sobrepeso, obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Cabe resaltar que la obesidad es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la población adulta, constituyendo un grave problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen más de 300 millones de adultos con obesidad en todo el mundo y la prevalencia de la obesidad en todo el mundo casi se ha duplicado entre 2016 y 2018, si no se toman medidas será una epidemia en el año 2030 (1-2).

De este modo, es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, a curarla de una enfermedad. La detección temprana de factores de riesgo (Hipertensión arterial, nivel alto de colesterol), junto con la promoción de estilos de vida saludables (no fumar, una buena nutrición, hacer ejercicios) optimiza la prevención, sin lugar a dudas, la relación costo-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud (3).

En ese sentido los profesionales de la salud actúan como facilitadores de la promoción de la salud. Cualquier profesional de la salud debe y puede intervenir, intentando aumentar la concientización de la persona hacia estilos de vida saludables y motivándola para el cambio (4-5).

Pero qué sucede cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados. Se puede suponer que, al tener pleno conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, etiología de las enfermedades y su tratamiento, se trataría de personas que evitarían conductas que atentan contra la salud. Sin embargo, no siempre es así, siendo frecuente encontrar profesionales de la salud fumadores, bebedores, sedentarios, obesos, etc. Al parecer, para algunos de ellos no es un problema recomendar hábitos saludables que ellos mismos no ponen en práctica (6).

Pero el problema no termina con el reconocimiento de esta incoherencia y por el contrario tiene sus consecuencias. De este modo, Frank ha aportado evidencias empíricas que demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y de tener mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones, contrario a aquellos de hábitos no saludables, que tienden a practicar una medicina curativa en lugar de preventiva y que probablemente son poco escuchados por sus pacientes cuando les recomiendan comportamientos que evidentemente ellos tampoco practican (7-8).

Por lo tanto, investigar sobre estilos de vida saludables resulta fundamental en la medida que se ha encontrado que esta variable, si no se practica, contribuye a la aparición de sobrepeso y obesidad, lo que constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer (9).

1.2. Antecedentes

Plaza A. (2017), en su estudio: “Estilos de vida de los adultos mayores en la sede social del Instituto Ecuatoriano seguridad social de la Ciudad de Esmeraldas-Ecuador”. **Estudio** de tipo descriptiva, cuantitativa y cualitativa, con un diseño de estudio transversal sobre los estilos de vida de los adultos mayores en la Sede Social del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Esmeralda, en la cual el universo estuvo constituido por todos los adultos mayores de esta institución. Con los objetivos se evaluó e identificó los estilos de vida de los adultos mayores, así como los hábitos alimentarios de ellos en relación con sus estilos de vida, y a su vez el estilo de vida saludable en relación con la longevidad, en cumplimiento de esta investigación. Se estudió una **muestra** aleatoria simple de 40 adultos mayores, de ambos sexos, mayores de 65 años, tomando 8 personas de cada uno de los subgrupos culturales existentes en la sede social, con el propósito de comprobar directamente con la población en estudio los factores que alteran los estilos de vida saludable y su comportamiento. Para la recolección de los datos, se aplicaron encuestas, a través de cuestionarios, fichas de observación y entrevistas a la población en estudios, así como al personal de servicios. **Resultados:** se pudo observar que el 62% de los estudiados tiene una buena alimentación, así como el 65% con actividad física adecuada según su edad y enfermedades concomitantes. Se evidenció el buen desarrollo de la actividad asistencial en dicha institución, gozando los adultos mayores de una buena calidad de vida, avalado por hábitos alimentarios y de vida saludables, con una adecuada actividad física y recreativa (10).

Ferrari T. (2017), en su estudio: “Estilos de vida de la población adolescente, adulta y anciana en Sau Paulo-Brasil”. **Estudio** de tipo transversal, de base poblacional, utilizando datos del Encuesta de Saúde en el Municipio de São Paulo (ISA-Capital 2008). El estilo de vida fue definido por la evaluación de la actividad física, consumo alimenticio, tabaquismo, consumo abusivo y alcoholismo, de acuerdo con sus respectivas recomendaciones. **Resultados:** La prevalencia del estilo de vida saludable fue de un 36,9% entre ancianos, un 15,4% entre adultos y un 9,8% entre adolescentes, siendo mayor en el sexo femenino entre ancianos y adultos. Entre aquellos con un estilo de vida no saludable, un 51,5% de los ancianos, un 32,2% de los adultos y un 57,9% de los adolescentes no alcanzaron la recomendación para una dieta adecuada. **Concluyendo** que la prevalencia de estilo de vida saludable fue mayor entre ancianos, seguidos por los adultos y adolescentes. El consumo alimentario fue el principal responsable del estilo de vida no saludable, evidenciando la importancia de intervenciones para la promoción del estilo de vida saludable y, principalmente, de una dieta adecuada (11).

Córdova D, Carmona M, Terán O, Márquez O; (2013). en su estudio “Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: **Estudio** descriptivo de corte transversal. México”, **Muestra:** evaluaron 404 estudiantes, el estado nutricional fue determinado con el índice de masa corporal, IMC, y a través del cuestionario FANTASTIC valoraron el estilo de vida en 10 diferentes aspectos. **Resultados:** encontraron que 88,1% de los estudiantes tiene un estilo de vida saludable y 65% fue clasificado como normal de acuerdo al IMC. Según los coeficientes de correlación lineal de Pearson ($p < 0,05$) ($r=0,141$) demostraron que sí existe una correlación significativa de 99% entre el estado de nutrición y estilo de vida. Sin embargo, esta correlación es débil porque al ser el estilo de vida un comportamiento en el que intervienen diferentes variables, se infiere que cada una de ellas aporta cierto nivel de importancia, pero no puede atribuírsele únicamente a una de ellas un impacto altamente significativo. **Conclusión:** se encontró que sí existe una relación entre el estilo de vida y el estado de nutrición. Por otro lado, se identificaron conductas de riesgo en las dimensiones de nutrición, tabaco, sueño y estrés (12).

Ramon C. (2017), en su estudio. “Estilos de vida saludable y estado nutricional en docentes de una universidad de Lima Metropolitana”. **Estudio** de tipo básico y diseño correlacional. **La muestra** estuvo conformada por 103 docentes de una universidad privada de Lima Metropolitana, quienes fueron elegidos en forma probabilística. La técnica utilizada fue la

encuesta y el instrumento para recolectar los datos fue el cuestionario. Con el fin de determinar la validez de los instrumentos se usó el juicio de expertos y la confiabilidad fue calculada utilizando el Coeficiente Alfa de Cronbach siendo el resultado 0.906. Los **resultados** hacen concluir que existe asociación estadística significativa entre estilos de vida saludable y estado nutricional en docentes universitarios de Lima Metropolitana, año 2017. **Concluyendo:** A mayor estilo de vida saludable mejor estado nutricional (13).

Taco S, Vargas R. (2015), realizaron un estudio “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el distrito de Polobaya, Arequipa 2015”. **Estudio;** de tipo Cuantitativo, diseño correlacional, corte transversal. **Muestra:** 80 adultos mayores residentes en el distrito de Polobaya. **Resultados:** respecto a las características generales de la población el 55% estuvo entre 70 a 79 años, el sexo masculino es predominante con 57.5%, el 40% son casados, el 42.5% sólo tienen estudios primarios, el 68.8% trabajan de forma independiente, y el 66.3% no padece de una enfermedad diagnosticada. El 70% de los adultos mayores tiene un estilo de vida no saludable, mientras que sólo un 30% lleva un Estilo de Vida Saludable. En cuanto al Estado Nutricional, el 62.5% presenta Sobrepeso seguidamente de un 35% con Estado Nutricional Normal. En **conclusión**, en todas las dimensiones del Estilo de Vida, gran parte de los adultos mayores que presentan Sobrepeso llevan un Estilo de Vida Saludable y esto es evidenciado aplicando el estadístico no paramétrico del Chi cuadrado donde no se encontró relación ($P=0.81$) por lo que se comprueba la hipótesis que no existe relación entre el Estilo de Vida y el Estado Nutricional en los adultos mayores del distrito de Polobaya (14).

Vigil K. (2014), en su estudio “Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota, 2014. Cajamarca Perú. **Estudio:** de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. **Muestra:** estuvo conformada por 263 adultos mayores de 60 años. **Resultados:** el 82,9% de adultos mayores de la ciudad de Chota no practican un estilo de vida saludable, en cuanto a las dimensiones nutrición, actividad y ejercicio, apoyo interpersonal y responsabilidad en salud tienen estilos de vida no saludable; y en manejo de estrés y autorrealización si tienen estilos de vida saludables. En el estado nutricional del adulto mayor el 42,2% es normal, seguido del 35,7% para delgadez y el 22% tienen sobrepeso y obesidad. **Conclusión:** existe relación estadísticamente significativa entre estilo de vida y estado nutricional de los adultos mayores de la ciudad de Chota (15).

Palomares L. (2014), en su estudio. “Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en Profesionales de salud”. Diseño: **Estudio** observacional, analítico, correlacional, de corte transversal y prospectivo. **Muestra:** estuvo constituido por 106 profesionales de salud. **Resultados:** Los resultados de este estudio corresponden a 106 profesionales de la salud evaluados en un hospital del MINSA en el periodo de agosto y octubre del 2014, de los cuales 79 son mujeres y 27 son varones, y la edad promedio es de 45.5 años. Según la correlación de Spearman se encontró una asociación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional representado por los valores antropométricos de Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura y grasa visceral ($p= 0.000$; $r(\rho)=-0.0773$); ($p= 0.000$; $r(\rho)=-0.582$); ($p= 0.000$; $r(\rho)=-0.352$) respectivamente. La correlación de las dimensiones del instrumento Estilos de Vida Saludables (EVS), definió a los “Hábitos Alimenticios” con una correlación negativa con el IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral, ($p= 0.000$; $r(\rho)=-0.671$); ($p= 0.000$; $r(\rho)=-0.458$); ($p= 0.002$; $r(\rho)=-0.3$) respectivamente. La aplicación del instrumento EVS permitió diagnosticar que el 72.6% de los profesionales de la salud tienen un Estilo de Vida “Poco saludable”, el 24.5% tiene un Estilo de Vida “Saludable” y un 2.8% “Muy saludable”. Los resultados antropométricos indican según IMC, que el 68% de los profesionales de la salud tienen sobrepeso y obesidad. Respecto a la circunferencia de cintura el 70.7 % está entre “Alto Riesgo Cardiometabólico” y “Muy Alto Riesgo Cardiometabólico”. En cuanto a grasa visceral el 34% está en un nivel “Alto”. La grasa corporal en los niveles “Alto” y “Muy Alto” suman 88.7%. **Conclusiones:** Existe una correlación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional (valorado por IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral) entre los profesionales de la salud de un hospital del MINSA (16).

Gálvez K, Carrasco L. (2018) en el estudio “Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto(a), atendidos en el Hospital II – 2 Tarapoto” **Estudio:** de tipo no experimental, cuantitativa, descriptiva, correlacional, de corte transversal. **La muestra** estuvo constituida por 139 adultos, así mismo se utilizó como técnica la encuesta y entrevista y como instrumentos la escala de estilo de vida y la ficha de valoración nutricional del adulto. **Resultados:** del 100% de la población en estudio, el 50.4% oscilan entre las edades de 36 a 59 años, el 63,3% son del sexo femenino, 48,2% tienen instrucción secundaria, 67,6% ocupación independiente y 45,3% son conviviente. Respecto a los estilos de vida del adulto (a), el 79,9% presentan un estilo de vida saludable. En cuanto a sus dimensiones, el 92.1%

tienen estilos de vida saludable en la autorrealización, el 87,1% en la alimentación y el 84,2% en el manejo del estrés y responsabilidad social en 77%. El estado nutricional de la población en estudio, fue normal en un 49.6% seguido de sobrepeso con 42,4%. Las dimensiones de mayor relación con el estado nutricional son el manejo de estrés con un ($p = 0.046$) y la alimentación con un ($p = 0.049$) con un nivel de significancia del 95%. **Conclusión**, no existe relación entre los estilos de vida con el estado nutricional del adulto (a) al aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado con un nivel de significancia al 95% ($p < 0,05$), ($p = 0.222$) (17).

1.3. Bases teóricas

Estilo de Vida

La OPS define como un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad, es decir, posee repercusiones importantes para la salud. Desde el punto de vista psicológico, el estilo de vida resulta de una combinación de dos factores: la orientación hacia el objetivo interno del individuo con sus finalismos ficticios particulares, y las fuerzas del ambiente que ayudan, impiden o alteran la dirección del individuo.

Desde el punto de vista sociológico, son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular cosmovisión o concepción del mundo poco menos que una ideología, aunque sea esa a veces la intención del que aplica la expresión, cuando se extiende a la totalidad de la cultura y el arte, como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultura, etc., expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, ropa, etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales (18).

Estilos de Vida y Salud

En la etapa adulta, todo ser humano puede optar por diferentes estilos de vida, esto influirá claramente en el desarrollo y bienestar del organismo ya que, mientras más saludable y

mayores cuidados tengan, mejor calidad de vida se obtendrá, así como también mejores condiciones para enfrentar el periodo de la vida que le sigue; la etapa adulta mayor (18).

Se conoce al estilo de vida saludable como el conjunto de actividades que una persona, pueblo, grupo social y familia realiza diariamente o con determinada frecuencia; todo depende de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros aspectos. También se conoce al estilo de vida no saludable que viene a ser todo lo contrario al estilo de vida saludable predisponiendo así la salud de la persona. Entonces, desde una perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que es, dignificar a la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar. Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física, mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento; la manera como la gente se comporte determina el que se enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad en que ésta se produzca (19).

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (20).

En esta forma, se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantienen el bienestar para generar un mejor estado de salud, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término, el compromiso, individual y social, convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales y se mejore el estado de salud (21).

Estilos de vida en la etapa adulto mayor

La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la etapa adulta mayor están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se

han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor. En un sentido restringido el concepto estilos de vida, se aplica al comportamiento individual, especialmente a patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo (21-22).

En un sentido más amplio, los estilos de vida se contextualizan social y culturalmente y sólo pueden hacerse comprensible en el marco de la historia individual y colectiva de los procesos de la salud y la enfermedad. En esta dimensión, los estilos de vida individuales se alimentan de las condiciones bajo las cuales se vive, en un grupo, en una sociedad, en un momento de la historia (20).

Los estilos de vida del adulto mayor holísticamente, comprenden seis dimensiones y son las siguientes: alimentación, ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad con salud, soporte interpersonal y autorrealización.

1. Alimentación

Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida (21).

El papel que la alimentación juega en el proceso de envejecimiento ha sido motivo de mucho debate. Asimismo, el efecto de la edad en la forma en que se alimenta un individuo es un área muy discutida, ya que el adulto mayor constituye un grupo donde se encuentran presentes enfermedades que pueden alterar la manera de alimentarse, y cambiar la respuesta del organismo a distintos nutrientes (22).

Un adulto mayor activo tiene una mejor capacidad funcional, salud cardiovascular y músculo - esquelética, así como también una mejor salud mental e integración social. Al aumentar el gasto energético, los adultos mayores pueden consumir una mayor variedad de alimentos, especialmente si se consumen aquellos altos en nutrientes específicos y moderada densidad energética (legumbres, lácteos, frutas, verduras). Esto permite una mejor ingesta

de micronutrientes, carbohidratos de lenta digestión, fibra dietética y de otros componentes saludables (fitoquímicos) (19).

2. Actividad y ejercicios físicos

Es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto mayor.

Para los adultos mayores, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de enfermedades, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que: i) Los adultos mayores dediquen 80 a 120 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas; ii) La actividad se practicará en sesiones de 20 minutos, como mínimo; iii) A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos mayores dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana. Se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana. Cuando los adultos mayores no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado (21).

Estas recomendaciones son válidas para todos los adultos mayores, independientemente de su sexo, raza, origen étnico o nivel de ingresos. Las recomendaciones son extensivas a los adultos mayores con discapacidad, siempre y cuando se adapten a cada persona en función de su capacidad de ejercicio, de sus limitaciones y de los riesgos específicos para su salud.

Los adultos mayores inactivos o con enfermedades limitantes verán mejorada también su salud en alguna medida si pasan de la categoría "sin actividad" a la de "cierto nivel de actividad". Los adultos mayores que no siguen las recomendaciones de realización de actividad física deberían intentar aumentar la duración, la frecuencia y, finalmente, la intensidad como meta para cumplirlas.

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas:

- Presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal.
- Tienen un perfil de biomarcadores más favorable para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y la mejora de la salud ósea.
- Presentan una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves.

3. Manejo del estrés

El manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto mayor por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés (21).

A cualquier edad, el estrés forma parte de la vida. Tanto los jóvenes como los adultos tienen que enfrentar situaciones difíciles y sobrellevar obstáculos. Mientras que los adultos jóvenes luchan para establecer una carrera, lograr la seguridad financiera, o manejar las exigencias del trabajo con las de la familia, los adultos mayores pueden enfrentarse con la salud deteriorada o las finanzas precarias o simplemente los desafíos de mantener su

independencia. Desafortunadamente, las defensas naturales en contra del estrés disminuyen con el tiempo. Sin embargo, no hay que rendirse ante el estrés sólo porque uno ya no es joven. Muchos adultos mayores viven felices al mantener sus vínculos con los amigos y la familia, haciendo ejercicio, conservándose así activos y, sobre todo, encuentran maneras de reducir y controlar el estrés en sus vidas.

Tipos de estrés

El estrés tiene dos caras principales, la física y la emocional, y ambas pueden ser especialmente difíciles para los adultos mayores.

- 1. Estrés Físico:** Los impactos del estrés físico son muy claros. Cuando las personas alcanzan la etapa adulta mayor, las heridas tardan más tiempo en sanarse, y los resfriados duran más tiempo. Un corazón de 75 años puede ser lento en responder a los requerimientos del ejercicio. Y cuando una persona de 80 años entra en un cuarto frío, su cuerpo se demorará más tiempo en calentarse.
- 2. Estrés Emocional:** El estrés emocional es más sutil, sin embargo, si es crónico, las consecuencias a largo plazo pueden ser dañinas. A cualquier edad, los cerebros bajo estrés suenan la alarma y sueltan las hormonas potencialmente dañinas como cortisol y adrenalina. Idealmente, el cerebro baja la alarma cuando las hormonas del estrés alcanzan un nivel muy alto. Año tras año, el estrés emocional puede incluso incrementar el riesgo de la enfermedad de Alzheimer. Una investigación de casi 800 sacerdotes y monjas publicada en la revista *Neurology* en 2008 ponía de relieve este peligro potencial. Los sujetos que sufrían mucho estrés fueron dos veces más propensos que los menos estresados a tener una enfermedad.

Control del estrés

La buena noticia es que se puede emplear lo que se sabe acerca del estrés y el proceso de envejecimiento a su favor. Los adultos mayores que aprendan a controlar y reducir el estrés en su vida, tendrán una mejor oportunidad de vivir una vida larga y sana (20).

El mantener una actitud positiva, es una de las claves más importantes, las personas que se sienten mejor acerca de sí mismas al envejecer, viven alrededor de siete años y medio más

que las personas con una perspectiva pesimista. Los investigadores dicen que las personas con actitudes positivas manejan mejor el estrés y tienen una voluntad más fuerte para vivir (20).

También, mantener vínculos fuertes con los amigos y la familia es una forma excelente de controlar el estrés. Recientemente la revista de la Asociación Psicológica Americana reveló que el apoyo social puede ayudar a prevenir el estrés y las enfermedades relacionadas con el estrés. El apoyo social puede disminuir el flujo de las hormonas de estrés en los adultos mayores y, no por coincidencia, aumentar la longevidad. La comunicación social puede ayudar a los adultos mayores a mantener la agudeza mental y reducir el riesgo de la enfermedad de Alzheimer. El ejercicio, es también un remedio contra el estrés para la gente de cualquier edad, puede ser útil sobre todo para los adultos mayores. Las caminatas frecuentes, montar en bicicleta, o los ejercicios aeróbicos pueden incluso hacer más que mantener fuerte e independiente a una persona, de hecho, el ejercicio puede bloquear los efectos envejecedores de los niveles de cortisol. Las mujeres en buena forma física entre los 60 y los 70 tienen la misma respuesta al estrés que un grupo de mujeres cerca a los 30 años en mala forma física. Por lo tanto, las mujeres en sus 60 años que no cuentan con un buen físico emanan cantidades mucho más grandes de cortisol como respuesta al estrés (20).

Por cierto, cualquier cosa que reduce el estrés innecesario llenará los años avanzados de más regocijo. Algunas personas necesitan no hacer demasiadas cosas a la vez, otras, a lo mejor, deben intentar hacer ejercicios de respiración o técnicas de relajación, y otros a lo mejor deberán hablar con un psicólogo para encontrar una nueva perspectiva sobre sus vidas. Cualquiera que sea el método, combatir el exceso de estrés vale la pena. Reducir el estrés en los adultos mayores puede ayudar a impedir las discapacidades y los viajes al hospital, y como resultado habrá adultos mayores que se sientan más jóvenes, más sanos, y más felices.

Apoyo interpersonal

El ser humano por característica principal es sociable, le agrada compartir con otras personas, participar de actividades lo que invita a que diversas generaciones interactúen cotidianamente. Para muchos resulta común asociar la adultez tardía con un progresivo empobrecimiento de las relaciones interpersonales producto de la disgregación familiar y la pérdida de roles en la sociedad, ocasionando un aumento en la incomprensión del núcleo familiar.

No obstante, sabemos que las relaciones interpersonales se convierten en el principal factor protector y de curación, no solo por la atención de necesidades básicas, sino también, porque operan como una permanente de ayuda. La percepción de compañía y la disponibilidad de una relación de amistad estrecha son el mejor predictor de felicidad en la eta adultez mayor.

Autorrealización

Se refiere a la adopción del adulto mayor, a su inicio como persona en la esta etapa, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo sus propios talentos y potenciales que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia él mismo, alcanzando la superación y a la autorrealización. El adulto mayor necesita auto realizarse, debe ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas, lúdicas o manualidades que permitan mantener su autoestima, se debe sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad.

La actuación básica en el mantenimiento de la independencia del adulto mayor debe considerar:

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

Para ello se podrían llevar acabo las siguientes acciones:

- Su pertenencia a un grupo de adultos mayores, según sus preferencias o aficiones.
- Animar a realizar actividades útiles que le reporten satisfacción personal como jardinería, manualidades, etc.
- Mantener sus aficiones ayudando a fomentar sus preferencias.

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

Responsabilidad en Salud

En el adulto mayor implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, además modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud. El velar por su salud, permite alcanzar una vida saludable a los adultos mayores, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable, esto es posible en las personas adultas mayores sanas o enfermas y para lograrlo se requiere la participación de la familia, cuidadores y de redes de apoyo, con el fin de ayudarlos a encauzar sus dificultades en salud. Parte de la responsabilidad en salud es acudir periódicamente al Centro de Salud sin necesidad de tener alguna molestia o dolor, seguir las recomendaciones del personal de salud en forma eficiente y no automedicarse, ya que por desconocimiento de los efectos secundarios de un medicamento puede perjudicar directa o indirectamente la salud del adulto mayor (23).

Estado Nutricional

Nutrición:

Es el resultado del balance entre sus requerimientos y la alimentación que recibe diariamente el adulto mayor, tiene lugar después del ingreso de nutrientes y se valora a través de parámetros como son el peso y la talla (28).

Estado nutricional del adulto mayor

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas (29).

Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La ingesta energética disminuye más aún en los adultos mayores a causa de incapacidades que limitan su actividad física. Dentro de las necesidades que deben asegurarse en el adulto mayor tienen una importancia especial el agua y las vitaminas. El agua es uno de los nutrientes más importantes requeridos para la mantención homeostasis en adultos mayores, debido a su papel esencial en la regulación del

volumen celular, el transporte de nutrientes, la remoción de desechos y la regulación de la temperatura. La disminución del agua corporal que ocurre con el envejecimiento (80% al nacimiento y 60 a 70% en adultos mayores), los hace especialmente lábiles a la pérdida de agua, lo cual tiene profundas consecuencias sobre la salud de este grupo (29-30).

La sed, es el principal mecanismo de control de la ingesta de agua. La deshidratación celular y la hipovolemia producida por la pérdida de volumen extracelular son los dos principales estímulos de la sed. Está demostrado que aún en adultos mayores sanos con concentraciones plasmáticas de sodio y osmolaridad alta, la sed está disminuida, lo que puede constituir un serio problema en caso de enfermedad; ello obliga a anticipar la necesidad de agua en el adulto mayor (18).

En relación a los requerimientos vitamínicos en el adulto mayor existen ciertas evidencias que avalan un aumento de recomendaciones de vitaminas B1, B6, B12, E, C, Ac. Fólico, y α -caroteno para mantener en forma adecuada la función cognitiva, la respuesta inmune y la tolerancia a la glucosa (18).

Medidas Antropométricas

Es la toma de peso, medición de la talla y medición del perímetro abdominal. En los casos especiales, cuando no se pueda obtener directamente estas mediciones, se estimarán a través de fórmulas antropométricas a partir de otras mediciones.

a. Toma del peso

- ✓ Balanza mecánica de plataforma (sin tallímetro incorporado): instrumento para pesar personas, de pesas con resolución de 100 g y con capacidad igual o mayor de 140 kg. debe calibrarse periódicamente con pesas patrones de pesos conocidos previamente pesadas en balanzas certificadas.
- ✓ kit de pesas patrones: son las pesas destinadas a reproducir valores de pesos conocidos para servir de referencia en la calibración de balanzas. se recomienda que cada microrred de salud disponga de un kit de pesas patrones de 5 kg (1 unidad), y de 10 kg (6 unidades)
- ✓ Resolución de la balanza de plataforma: es el valor mínimo medible entre dos valores consecutivos. En las balanzas de plataforma la resolución debe ser de 100 g.

- ✓ Ajuste diario y/o antes de cada pesada: es la operación de llevar la balanza a un estado de funcionamiento conveniente para su uso.

Procedimiento

- ✓ Verificar la ubicación y condiciones de la balanza. La balanza debe estar ubicada en una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel o presencia de algún objeto extraño bajo esta.
- ✓ Solicitar a la persona adulta mayor que se quite los zapatos (ojotas, sandalias, etc), y el exceso de ropa.
- ✓ Ajustar la balanza a 0 (cero) antes de realizar la toma del peso.
- ✓ Solicitar a la persona adulta mayor se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y relajada, mirando al frente de la balanza, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos, los talones ligeramente separados y la punta de los pies separados formando una “V”
- ✓ Deslizar la pesa mayor correspondiente a kilogramos hacia la derecha, hasta que el extremo común de ambas varillas no se mueva, luego retroceder una medida de diez kilogramos; considerando siempre que la pesa menor esté ubicado al extremo izquierdo de la varilla
- ✓ Deslizar la pesa menor correspondiente a gramos hacia la derecha hasta que el extremo común de ambas varillas se mantenga en equilibrio en la parte central de la abertura que lo contiene
- ✓ Leer el peso en kilogramos y la fracción en gramos, y descontar el peso de las prendas con la que se le pesó a la persona.
- ✓ Registrar el peso obtenido en kilogramos (kg), con un decimal que corresponda a 100 g, en el formato correspondiente, con letra clara y legible, (ejemplo: 65,1 kg).

Tener presente las siguientes consideraciones:

- ✓ Si las condiciones ambientales, la falta de privacidad del servicio u otras circunstancias no permiten tomar el peso en condiciones óptimas, pesar a la persona y luego restar el peso de la ropa. Para ello, el servicio debe contar con una lista de prendas de mayor uso local con sus respectivos pesos.
- ✓ En los casos que la persona adulta mayor no se pueda mantener en pie o se encuentre postrada que impidan la toma de peso de acuerdo a lo establecido, recurrir a la ayuda

de una persona capaz de cargarla para pesarlas juntas y luego descontar el peso de la persona que la cargó o, en su defecto, derivar a un establecimiento de salud de mayor categoría para la atención correspondiente

b. Medición de talla

Tallímetro fijo de madera: instrumento para medir la talla en personas adultas mayores, el cual debe ser colocado sobre una superficie lisa y plana, sin desnivel u objeto extraño alguno bajo el mismo, y con el tablero apoyado en una superficie plana formando un ángulo recto con el piso.

El tallímetro incorporado a la balanza no cumple con las especificaciones técnicas para una adecuada medición, por tanto, no se recomienda su uso.

Revisión del equipo: el deslizamiento del tope móvil debe ser suave y sin vaivenes, la cinta métrica debe estar bien adherida al tablero y se debe observar nítidamente su numeración. Asimismo, se debe verificar las condiciones de estabilidad del tallímetro.

Procedimiento

- ✓ Verificar la ubicación y condiciones del tallímetro. Verificar que el tope móvil se deslice suavemente, y chequear las condiciones de la cinta métrica a fin de dar una lectura correcta.
- ✓ Explicar a la persona adulta mayor el procedimiento de la toma de medida de la talla, de manera pausada y con paciencia, y solicitarle su colaboración.
- ✓ Pedirle que se quite los zapatos (ojotas, sandalias, etc), el exceso de ropa y los accesorios u otros objetos en la cabeza que interfieran con la medición.
- ✓ Indicar y ayudarlo a ubicarse en el centro de la base del tallímetro, de espaldas al tablero, en posición erguida, mirando al frente, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas de las manos descansando sobre los muslos, los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados.
- ✓ Asegurar que los talones, pantorrillas, nalgas, hombros, y parte posterior de la cabeza se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro.
- ✓ Verificar el “plano de Frankfurt”. En algunos casos no será posible por presentarse problemas de curvatura en la columna vertebral, lesiones u otros.

- ✓ Colocar la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón de la persona adulta mayor a ser tallada, luego ir cerrándola de manera suave y gradual sin cubrir la boca, con la finalidad de asegurar la posición correcta de la cabeza sobre el tallímetro.
- ✓ Deslizar el tope móvil con la mano derecha hasta hacer contacto con la superficie superior de la cabeza (vertex craneal), comprimiendo ligeramente el cabello; luego deslizar el tope móvil hacia arriba. Este procedimiento (medición) debe ser realizado tres veces en forma consecutiva, acercando y alejando el tope móvil. Cada procedimiento tiene un valor en metros, centímetros y milímetros.
- ✓ Leer las tres medidas obtenidas, obtener el promedio y registrarlo en la historia clínica en centímetros con una aproximación de 0,1 cm.

Tener presente las siguientes consideraciones:

- ✓ Utilizar escalinata de dos peldaños cuando el personal de salud es de menor talla que la persona que está siendo medida.
- ✓ Utilizar la técnica de medición de altura de rodilla o la técnica de medición de extensión de brazos para la estimación de la talla, cuando no sea posible medirla.

Cambios en los patrones dietéticos en el adulto mayor

Los adultos mayores modifican sus hábitos alimentarios en general reduciendo la cantidad y el volumen de las comidas y bebidas, así como los tiempos de las ingestas. La mayoría de los pacientes ancianos tienden a consumir menor cantidad de alimentos con alta densidad calórica, ricos en azúcares solubles o preparados de comida rápida y consumen la energía en forma de cereales, frutas y verduras. Cambios fisiológicos como el declive del gusto y el olfato, sociales como la viudedad o la soledad o problemas económicos influyen directamente en la menor ingesta calórica. Sin embargo, es de destacar que muchos de estos problemas pueden ser solventados aplicando programas que provean de comidas de alta densidad energética. Sin olvidar el especial cuidado que debe tenerse con los problemas de dentición, masticación, deglución y patologías intercurrentes que interfieren en el mantenimiento de un adecuado estado nutricional. Para la población en general se considera que los hábitos alimentarios están influenciados por las actitudes relacionadas con la dieta y las creencias de los individuos sobre lo que resulta saludable. Algunos estudios han identificado al gusto, las creencias sobre lo que resulta saludable, el entorno familiar, el precio, la conveniencia y el prestigio como determinantes sociales de la selección de alimentos. Siendo clave el precio de la comida y su composición saludable en el caso de los ancianos (19).

Equilibrio alimentario

La alimentación de las personas mayores debe mantener los cánones de equilibrio similares al resto de las poblaciones etarias, comer de todos los grupos de alimentos en la cantidad aconsejada para su situación clínica. La pirámide alimentaria del paciente mayor pone especial énfasis en la realización de ejercicio físico activo apoyando el concepto ya comentado de envejecimiento activo. En la base de la pirámide se establece la hidratación, recomendando la toma de unas 6-8 raciones de agua o líquidos equivalentes al día. También a diario se recomienda tomar entre 4 y 6 raciones de pan, arroz y pasta (formas integrales), 2 raciones de verduras, 3 raciones de frutas, 3 a 5 raciones de aceite de oliva, 3 raciones de leche, yogur o queso bajo en grasa y 2 raciones de carnes magras, aves, pescado, legumbres, frutos secos y huevos. Se advierte de la necesidad de moderar el consumo de grasa y dulces industriales y de la necesidad de consultar con su médico si fuera necesario tomar suplementos de calcio, vitamina D B12, folatos, etc. La alimentación desempeña una función fisiológica esencial en las personas mayores. Además de satisfacer las necesidades biológicas, cumple una función de relación social en el ámbito de la antropología, gastronomía y lúdica muy relevante en su vida. Los hábitos alimentarios se adquieren en etapas tempranas de la vida y, aunque puedan modificarse a lo largo de la vida, es difícil plantear cambiarlos en la senectud (19).

El estado nutricional del adulto mayor del asentamiento humano La Victoria del Distrito de la Banda de Shilcayo fue determinado a través del índice de masa corporal (IMC); para lo cual es necesario considerar los siguientes:

- **Clasificación de la valoración nutricional según IMC**

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica se debe realizar con el índice de masa corporal (IMC). En ese sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla serán utilizados para calcular el IMC a través de la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, el cual fue propuesto por Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC 2002 (29).

Clasificación	IMC
Delgadez	Mayor o igual 23,0
Normal	> 23 a < 28
Sobrepeso	Mayor o igual 28 a < 32
Obesidad	Mayor o igual 32

La clasificación de la valoración nutricional con el IMC es referencial en esta etapa de vida, debido a que las modificaciones corporales que ocurren durante el proceso de envejecimiento, afectan las medidas antropométricas como el peso y la talla requiriendo que la persona adulta mayor sea evaluada de manera integral.

Interpretación de los valores de índice de masa corporal (IMC)

- **IMC: Mayor o igual 23,0 (delgadez):** Las personas adultas mayores con un IMC = 23,0 son clasificadas con valoración nutricional de “delgadez”, que es una malnutrición por déficit, y puede estar asociado a diferentes problemas, tales como: psíquicos (depresión, trastornos de memoria o confusión, manía, alcoholismo, tabaquismo), sensoriales (disminución del sentido del gusto, visión, auditivo), físicos (movilidad, astenia), sociales (soledad, malos hábitos dietéticos, maltrato), bucales (falta de piezas dentarias), digestivos (malabsorción), hipercatabólicas (cáncer, diabetes), entre otras (29).
- **IMC: > 23 a < 28 (normal):** Las personas adultas mayores con un IMC de > 23 a < 28, son clasificadas con valoración nutricional “normal”, y es el IMC que debe tener y mantener esta población, de manera constante (29).
- **IMC: Mayor o igual 28 a < 32 (sobrepeso):** Las personas adultas mayores con un IMC de = 28 a < 32, son clasificadas con valoración nutricional de “sobrepeso”, que es una malnutrición por exceso, caracterizado por la ingesta elevada de calorías, malos hábitos alimentarios, escasa actividad física, entre otros (29).
- **IMC: Mayor o igual 32 (obesidad):** Las personas adultas mayores con un IMC = 32, son clasificadas con valoración nutricional de “obesidad”, que es una

malnutrición por exceso, e indica un mayor riesgo de sufrir de enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mamas, diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente, enfermedad por reflujo gastroesofágico, osteoartritis, y pérdida de la movilidad (29).

Adulto Mayor

Adulto hace referencia a un organismo con una edad tal que ha alcanzado la capacidad de reproducirse. La adultez se divide en adultez temprana, adultez media y adultez tardía, esta última que va de los 60 años en adelante y de la que hablaremos en el presente trabajo de investigación. La adultez tardía o conocida también como etapa del adulto mayor, es una etapa de la vida como cualquier otra con la diferencia de que, en esta etapa, el cuerpo y las facultades cognitivas de la persona se van deteriorando (31).

Algunos autores definen a la etapa del adulto mayor a partir de los 60 años, otros a partir de los 65-70. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos, y los que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (31).

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo, o sea que en el Perú es considerado adulto mayor una persona a partir de los 60 años, esto es avalado constitucionalmente según Ley 28803 Artículo donde dice que se entiende por personas adultas mayores a todas aquellas que tengan 60 o más años de edad. Al adulto mayor se le asocia generalmente con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. Así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad, de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, cubrir sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo dentro de la sociedad (32).

Características del adulto mayor

Las características de los ancianos deben aceptarse como inevitables; pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y mental, porque obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. La pérdida de facultades

físicas que quizá obligue a aceptar el cuidado de otros, el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo, la viudez y la muerte de los amigos minan la autoestima de los ancianos y provocan depresión. Hay adultos mayores que mantienen vivo el interés por muchas cosas y que disponen de más dinero que en ninguna otra época de su vida, pero, en muchos casos, lo normal es la falta de dinero, la soledad, la incapacidad física y la falta de estímulos mentales (33).

Cambios Anatómicos y Fisiológicos

Con el paso del tiempo, naturalmente se producen cambios en todos los organismos vivos. Los más evidentes son los cambios anatómicos, pero los más importantes son los cambios en el funcionamiento de los órganos y sistemas del organismo (34).

- **Cambios Anatómicos**

- a. En la estatura se comienza a perder 1.25 mm. por año, esto se debe a la compactación de los discos intervertebrales, aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie.
- b. En la piel, disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas). La dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo y aparecen las canas, que reflejan pérdida de función, de los melanocitos. Aparece vello facial en mujeres y el vello nasal en hombres.
- c. A nivel Músculo Esquelético, hay una pérdida de hasta 40% de masa muscular y los tendones se rigidizan. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres.
- d. A nivel Sistema Nervioso, el peso del encéfalo disminuye por una pérdida selectiva de neuronas (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo).
- e. En la visión, los tejidos peri orbitales se atrofian, produciendo la caída del parpado superior y eversión del parpado inferior. El iris se hace más rígido y la pupila más pequeña.

- f. En la audición, se produce atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso. El tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones. Hay disminución de células de Corti y neuronas cocleares.
- g. A nivel Cardiovascular, hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La acumulación de tejido conectivo sub endotelial produce vasos más rígidos e irregulares. La aorta se dilata.
- h. A nivel del Sistema Respiratorio, hay disminución de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones costo - esternales rigidiza el tórax, lo cual, junto con la disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria.
- i. A nivel Gastro Intestinal, las encías se atrofian y se expone el cemento de los dientes, apareciendo caries y pérdida de piezas. Los cambios musculares del esófago alteran la deglución, y hay más reflujo de contenido gástrico hacia el esófago.
- j. A nivel Renal, se pierden nefrones de la corteza renal con caída de la función de hasta un 30% a los 80 años (35-36).

Cambios Fisiológicos

Los cambios fisiológicos más importantes tienen que ver con los ritmos fisiológicos, la capacidad homeostática del organismo y los mecanismos de defensa contra infecciones (37).

- a. En los Ritmos fisiológicos, se produce una alteración y disminución de amplitud de los ritmos de cortisol plasmático, temperatura corporal y acortamiento del ciclo sueño-vigilia. Además, los ciclos se desincronizan (melatonina, hormona del crecimiento, gonadotrofinas). Disminuye la capacidad de variar la frecuencia cardíaca y presión arterial ante situaciones de estrés.
- b. En la Homeostasis, hay mayor susceptibilidad a la hipo o hipertermia, ya que los adultos mayores producen menos calor por kilo de peso y tienen menos capacidad de vasoconstricción con el frío, y es menos eficiente la vasodilatación para sudar. Regulan mal el agua corporal y tienen menos sensación de sed por lo que fácilmente se deshidratan.

- c. En las Barreras de defensa, disminuye la acidez de la piel alterando la flora bacteriana, y junto a la delgadez facilita pequeñas erosiones y favorecen las infecciones de piel. Hay menos producción de mucus en la vejiga y los bronquios, lo que permite que microorganismos se adhieran a su superficie, favoreciendo la infección. La respuesta de producción de anticuerpos está disminuida y hay cambios en la sensibilidad y función de los macrófagos, que son claves en la regulación de la respuesta inmune (38-39).

1.4. Justificación

A partir de la presente investigación se pueden desarrollar programas de sensibilización o concientización, orientados a mejorar los estilos de vida saludable y, por lo tanto, la calidad de vida de la población en general, haciendo hincapié en la población adulta mayor y así sean verdaderos ejemplos de recomendación, influencia y motivación dignos de imitar. Intervenir en los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

El tipo y diseño de estudio, servirá para generar estrategias que den alternativas de solución en los estilos de vida y estado nutricional de los adultos mayores, siendo creíble y motivador el hecho de que cada adulto mayor comparta sus propias prácticas saludables con sus pares y puedan discutir o adoptar conductas preventivas relacionadas con sus formas de vida. Conductas de salud que aportan a las actitudes y la motivación en sus familiares para hacer cambios en su estilo de vida.

El estudio permitirá motivar y orientar a los profesionales de la salud para que estén predispuestos a aconsejar a los usuarios y generar confianza según la realidad, para hacerlo sobre hábitos saludables que puedan practicar con éxito.

En la práctica el estudio permite conocer las condiciones del porque no desarrollan adecuados estilos de vida los adultos mayores y como estos afectan su salud, por lo tanto, el autocuidado del adulto mayor podrá ser fortalecido para evitar enfermarse y a su vez mejorar los programas orientados al cuidado de la salud.

Asimismo, contribuirá en el personal de salud, para que el usuario adulto mayor reciba una atención de calidad conociendo su problemática, y en base a los resultados brindar una

atención integral a las personas de este grupo etario en su comunidad y reducir problemas referentes a su estado nutricional y estilo de vida. Para el profesional de salud esta investigación es útil porque contribuirá con conocimientos acerca del estilo de vida y de la situación nutricional del adulto mayor y desde una perspectiva educativa, preventiva, curativa y de rehabilitación, fortalecerá su rol de liderazgo dentro del equipo de salud, permitiéndole implementar programas preventivos promocionales para fomentar un estilo de vida saludable y asegurar un estado nutricional adecuado de los adultos mayores.

Así también, permitirá que las entidades formadoras de profesionales de la salud, aporten con los resultados en el proceso de enseñanza aprendizaje con la socialización de los mismos y que desde los primeros ciclos se incorporen contenidos sobre estilo de vida, así como un adecuado estado nutricional, para garantizar la formación de profesionales con una visión preventiva- promocional hacia la población adulta mayor. Por tanto, el estudio servirá de marco referencial de conocimientos para estudiantes y en futuros trabajos de investigación.

Finalmente, la presente investigación es importante, ya que será un punto de partida para desarrollar actividades y programas preventivos que ayuden a mejorar los estilos de vida del adulto mayor; por otro lado; es fundamental fortalecer el estado nutricional en los adultos mayores por las consecuencias que tiene, siendo este muchas veces el reflejo de conductas poco saludables en la vida.

1.5. Problema

¿Qué relación 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?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

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 Shuilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020.
2. Describir los estilos de vida de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020, en sus dimensiones: alimentación, ejercicio, manejo de estrés, responsabilidad en salud, soporte interpersonal y autorrealización
3. Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020, mediante el calculo del indice de masa corporal (IMC)

2.3. Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor del asentamiento Humano La Victoria del Distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020.

2.4. Sistemas de Variables

- **Variable Independiente:** Estilos de vida
- **Variable Dependiente:** Estado nutricional

2.4.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Independiente Estilos de vida	Los estilos de vida saludables son los patrones de comportamiento determinados por la relación entre las características individuales, sociales y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (54).	El estilo de vida es operacionalizado por la escala de Walker y Pender según sus dimensiones: alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud,	Alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Come 3 veces/día ▪ Consume alimentos balanceados ▪ consumo de agua ▪ consumo de frutas ▪ consumo de comidas sin preservantes ▪ Lee las etiquetas de las comidas enlatadas 	Nominal
			Actividad y ejercicio físico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicio 20 0 30 min/3 veces / sem ▪ Actividad de movimiento de todo el cuerpo 	
			Manejo de estrés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación de tensión o preocupación ▪ -Expresa sentimientos. ▪ Plantea alternativas ▪ Actividades de relajación 	
			Apoyo interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relación con los demás ▪ Buenas relaciones con los demás ▪ Comenta sus deseos e inquietudes 	
			Autorrealización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfecho con lo realizado en su vida ▪ Satisfecho de lo que realiza ▪ Realiza actividades de 	

				desarrollo personal	
			Responsabilidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acude al EESS ▪ Si presenta molestia acude al EESS ▪ Solo toma medicamentos prescritos ▪ Toma en cuenta las recomendaciones del personal de salud ▪ Participa en actividades de salud ▪ Consume sustancias nocivas 	
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Dependiente Estado nutricional	Es el resultado del balance entre los requerimientos y la alimentación diaria que tiene lugar después del ingreso de nutrientes y se valora a través de parámetros como el índice de masa corporal (37).	Es la medición del estado nutricional a través del IMC que puede resultar en Delgadez, Normal, Sobrepeso u Obesidad	Indice de masa corporal (IMC)	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad	Nominal

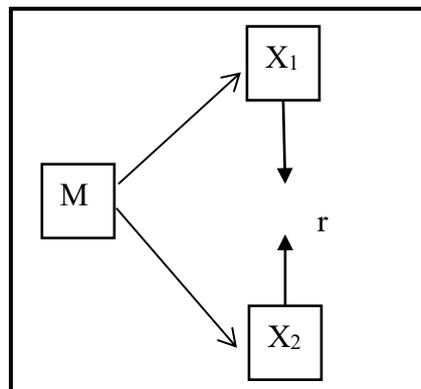
III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudio

Considerando los objetivos de la investigación, se adoptó la metodología de estudio no experimental de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Además, fue un estudio de tipo Correlacional con el propósito de poder medir el grado de relación entre las dos variables de manera positiva o negativa, además de diseño Transversal, es decir la recolección de los datos se realizará una sola vez y se clasificará la información en diferentes categorías, estudiando la relación entre las variables, pero sin manipular las variables.

3.2. Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional.



Donde:

M: Representa a los Adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del Distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020.

X1: Estilos de vida

X2: Estado nutricional

r: Representa la relación entre estilos de vida y estado nutricional.

3.3. Universo, Población y Muestra

Universo

El universo estuvo constituido por todos los Adultos mayores que habitan en el Asentamiento Humano La Victoria del Distrito de la Banda de Shilcayo.

Población

La población estuvo conformada por todos los Adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del Distrito de la Banda de Shilcayo según el censo que asciende a 40 adultos mayores. (Fuente: Censo poblacional de la Asociación de Vivienda La Victoria 2019)

Muestra

Representa el 100 % de la población que corresponde a 40 adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria el Distrito de la Banda de Shilcayo en el periodo de setiembre 2019 a febrero 2020.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que residen en el Asentamiento Humano La Victoria el Distrito de la Banda de Shilcayo.
- Adultos mayores que deseen participar voluntariamente en el estudio previa autorización del Consentimiento Informado.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no viven en el Asentamiento humano La Victoria, del distrito de la Banda de Shilcayo.
- Adultos mayores con problemas de alteraciones mentales.
- Familiares responsables que no deseen que participe el adulto mayor en el estudio

3.4. Procedimientos

Para realizar el estudio se siguió el siguiente procedimiento:

- Se elaboró el proyecto y se presentó ante la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSMT para su revisión y aprobación correspondiente.
- Se solicitó la autorización a la autoridad competente (Presidente del AAHH Victoria baja) la autorización para poder aplicar el instrumento de investigación.
- La recolección de los datos estuvo bajo la responsabilidad de la investigadora, donde se les manifestó su participación voluntaria, luego se procedió a la explicación del

instrumento socializando previamente que los resultados serían confidenciales y anónimos, siendo utilizadas sólo para el propósito del estudio.

- Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario anónimo, en el horario de la tarde, para evitar interferir con las labores del hogar y trabajo; el tiempo que se empleó para aplicar el instrumento fue de 10 a 15 minutos.
- Una vez recogidos los datos se procedió al análisis e interpretación de los mismos.
- Posteriormente, con los datos obtenidos se procedió a la elaboración del informe final de la tesis para su posterior sustentación.
- Finalmente, se procederá a la sustentación del informe de tesis.

3.5. Métodos de Instrumentos de recolección de datos

Técnica.

Se utilizó la entrevista, así como la evaluación antropométrica (control del peso y la talla) en la población sujeto de estudio.

Instrumentos:

Para la Variable Independiente (Estilos de vida). Se utilizó “La Escala de Estilo de Vida”, elaborada por Walker, Sechrist y Pender (1990), modificado por las licenciadas en Enfermería Díaz R; Delgado R; y Reyna E (2010). Validada con la aplicación de la fórmula “R” de Pearson en cada uno de los ítems. Se obtuvo un $r > 0.20$, lo cual indica que el instrumento es válido. Para la confiabilidad del instrumento, los autores aplicaron el alfa de Cronbach, el cual arrojó un valor de 0.794 lo cual indica que la escala para medir el Estilo de Vida del adulto es confiable (34).

Este instrumento está conformado por un total de 24 ítems, y consideró las siguientes dimensiones: alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad de salud. Las mismas que conforman seis sub escalas y corresponden a los siguientes ítems:

- Alimentación: 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Actividad y ejercicio: 7, 8
- Manejo del estrés: 9, 10, 11, 12
- Apoyo interpersonal: 13, 14, 15, 16

- Autorrealización: 17, 18, 19
- Responsabilidad en salud: 20, 21, 22, 23, 24, 25

La puntuación que se designó a cada pregunta fue:

- Nunca: (N) 1 punto
- A veces: (AV) 2 puntos
- Frecuentemente: (F) 3 puntos
- Siempre: (S) 4 puntos

El puntaje máximo del instrumento fue de 96 puntos y el puntaje mínimo fue 24. Los puntajes obtenidos para la escala total resultaron del promedio de las diversas respuestas a los 24 ítems, de la misma manera se procedió en cada sub escala. Para la puntuación final se tuvo en cuenta que para Estilo de vida saludable fue:

- De 75-100 puntos estilos de vida saludable
- De 25 a 74 puntos estilo de vida no saludable

Este instrumento fue revisado por una comisión ad hoc, modificándose las preguntas 02, 04, 05, 08, 13, 19 y 24, en redacción, con el fin de que al momento de aplicar el instrumento sea entendido por los adultos mayores, más no se modificó el sentido de las mismas.

Para la variable dependiente (Estado nutricional). Se utilizó la Ficha de Valoración Nutricional del Adulto Mayor utilizado en el estudio de Elcorrobarrutia M. y Flores S; la cual sirvió para registrar los resultados de peso, talla, índice de masa corporal y el diagnóstico nutricional (35).

El Índice de Masa Corporal se calcula tomando el peso de una persona (en kilogramos) y dividiéndolo por su estatura (en metros) al cuadrado. Es una manera estándar de determinar si un adulto tiene el peso correcto para su estatura.

Según fórmula y clasificación tenemos:

$IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, el cual fue propuesto por Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC 2002 (36).

Clasificación	IMC
Delgadez	Mayor o igual 23,0
Normal	> 23 a < 28
Sobrepeso	Mayor o igual 28 a < 32
Obesidad	Mayor o igual 32

3.6. Plan de Tabulación y Análisis de datos

Para el procesamiento de datos se vaciaron los resultados de los instrumentos en una base de datos Excel 2017.

Luego de concluir con la recolección de los datos, la información recolectada se procesó de forma manual con el programa EXCEL, elaborando una tabla Matriz, cuyos valores fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS V24. Donde se presentaron los resultados a través de tablas estadísticas.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020.

Factores Sociodemográficas	Frecuencia (fi) (n=40)	Porcentaje (%)
Edad		
De 60 a 70 años	24	60,0
De 71 a 80 años	12	30,0
De 80 a más años	4	10,0
Sexo		
Masculino	23	57,5
Femenino	17	42,5
Grado de instrucción		
No letrado	26	65,0
Primaria	9	22,5
Secundaria	4	10,0
Superior	1	2,5
Estado civil		
Soltero	0	0,0
Casado	11	27,5
Conviviente	21	52,5
Viudo	8	20,0
Divorciado	0	0,0
Ocupación		
Su casa	8	20,0
Agricultor	27	67,5
Obrero	2	5,0
Independiente	1	2,5
Empleado (a) privado	2	5,0
Empleado (a) público	0	0,0
Número de hijos		
0	1	2,5
De 1 a 3	23	57,5
De 3 a más hijos	16	40,0
Religión		
Católico	17	42,5
Evangélico	5	12,5
Adventista	18	45,0
Testigos de Jehova	0	0,0
Ninguno	0	0,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la presente tabla se puede evidenciar que; el 60.0% (24) de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, se encuentran entre las edades de 60 a 70 años de edad, el 57.5% (23) son de sexo masculino, el 66.5% (26) son no letrados, el 52.5% (21) son convivientes, el 67.5% (27) son agricultores, el 57.5% (23) tienen de 1 a 3 hijos, y el 45,0 (18) profesan la religión adventista.

Tabla 2. Estilos de vida de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020, en sus dimensiones: alimentación, ejercicio, manejo de estrés, responsabilidad en salud, soporte interpersnal y autorrealización.

ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR		
Dimensiones	(fi) (n=40)	%
Alimentación		
Saludable	12	30,0
No saludable	28	70,0
Actividad y ejercicio		
Saludable	16	40,0
No saludable	24	60,0
Manejo del estrés		
Saludable	18	45,0
No saludable	22	55,0
Apoyo interpersonal		
Saludable	23	57,5
No saludable	17	42,5
Autorrealización		
Saludable	16	40,0
No saludable	24	60,0
Responsabilidad en salud		
Saludable	13	32,5
No saludable	27	67,5

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 2 se muestran los estilos de vida del adulto mayor, según dimensiones: el 70,0% (28) de los adultos mayores en estudio no tienen buen estilo saludable en la alimentación, en la dimensión de actividad y ejercicio el 60.0% (24) la actividad y ejercicio que realizan no son saludables, 55.0% (22) no cuentan con buen estilo saludable en el manejo del estrés, sin embargo el 57% (23) el apoyo interpersonal que presentan son saludables, el 60.0% (24) no son saludables la autorrealización que presentan los adultos que participaron en el estudio, el 67.5% (27) no cuentan con buena responsabilidad social.

Tabla 3. Estado nutricional de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, distrito de la Banda de Shilcayo. Setiembre 2019 a febrero 2020, mediante la evaluación del índice de masa corporal (IMC)

ESTADO NUTRICIONAL		
	Fi	%
Delgadez	11	27,5
Normal	17	42,5
Sobrepeso	8	20,0
Obesidad	4	10,0
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 3 se evidencia el estado nutricional de los adultos mayores participantes del estudio, que, de acuerdo a la evaluación antropométrica e índice de masa corporal, se obtuvo que el 57,5% (23) de ellos tiene un estado nutricional inadecuado, donde el 27,5% (11) se encuentra con delgadez, el 20,0% (8) tiene sobrepeso y el 10,0% (4) tiene obesidad; siendo sólo el 42,5% (17) los adultos mayores con un peso adecuado o normal.

Tabla 4. 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.

ESTILO DE VIDA	ESTADO NUTRICIONAL								X ² = 11.258 P= 0.01
	DELGADEZ		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	
No saludable	10	76,9	9	64,3	6	75,0	4	80,0	
Saludable	3	23,1	5	35,7	2	25,0	1	20,0	
Total	13	100	14	100	8	100	5	100	

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 4, se aprecia la relación significativa entre estilos de vida y estado nutricional de los adultos mayores (P = 0.01), lo que demuestra que la población sometida al presente estudio de investigación atribuye su mala salud a los inadecuados estilos de vida, el mismo que arrojó como resultados un inadecuado estado nutricional en su índice de masa corporal.

V. DISCUSIÓN

Los estilos de vida son la forma de comportamiento o conducta que tiene un individuo como hábito lo cual puede ser bueno o perjudicial para su salud, abarca diversas dimensiones como: alimentación, actividad física, el manejo del estrés, relaciones interpersonales, autorrealización y responsabilidad en salud. Sin embargo, no solo es la actitud personal sino también la influencia del actuar colectivo; como es en el caso de la alimentación (37).

En la tabla 1; podemos evidenciar que el 60.0% (24) de los adultos mayores del Asentamiento Humano “La Victoria”, se encuentran entre las edades de 60 a 70 años de edad, el 57.5% (23) son de sexo masculino, el 66.5% (26) son no letrados, el 52.5% (21) son convivientes, el 67.5% (27) son agricultores, el 57.5% (23) tienen de 1 a 3 hijos, y el 45,0 (18) profesan la religión adventista.

INEI (2017), la población adulta mayor, en el Perú ascendió a 3 millones 11 mil 50 personas, que representan el 9,7% de la población; de este total, el 53,3% son mujeres y 46,6% son hombres, no coincidiendo con nuestros datos; así como los resultados de Hechavarría R. y cols (2006), 64,6% correspondía al género femenino y 35,4% al masculino. El sexo constituye una tasa poblacional importante, porque define a hombre y mujer en tareas, roles y estilos de vida diferentes, además están estrechamente relacionadas con los factores ambientales, características fisiológicas y patrones culturales que determinan su calidad de vida (38).

Los datos del Censo sociodemográfico de la región San Martín, específicamente en Tarapoto (2015) guardan relación con nuestro estudio, puesto que, la proporción de la población de 65 y más años de edad aumentó a 6,4%, ubicando a la región de San Martín en el cuarto lugar con mayor índice de adultos mayores del país. Además, es notable que el envejecimiento genera un deterioro económico debido a que las pensiones no han aumentado y los adultos mayores se ven limitados en realizar algunos trabajos, como actividades que requieran esfuerzo físico o demanden de muchas horas de trabajo y que por necesidad económica se ven obligados a realizar alguno de estos, teniendo repercusión en su estado de salud.

En nivel de escolaridad, se pueden ver reflejados en la calidad de vida, ya que las personas con más grado de instrucción pueden comprender mejor su salud, aprender a prevenir

enfermedades o tratar mejor la enfermedad que puede padecer, en cambio los que tienen bajo nivel de escolaridad se ven limitados en su autocuidado por el desconocimiento de medidas de prevención.

Cuevas M. (2004) encontró que a mayores niveles educacionales las personas leen más, realizan más actividad física y tienen la percepción de autoeficacia y que a menor nivel educacional tienen sensación de que el mundo es más hostil hacia ellos, se sienten incomprendidos (39).

Al momento de realizar la recolección de datos a través de la técnica de observación directa se evidenció que la mayoría de los adultos mayores no tenía relación su edad cronológica con su edad biológica evidenciado por sus características físicas. Mediante los resultados se puede indicar, que la edad de los adultos mayores del Asentamiento humano La Victoria del distrito de la Banda de Shilcayo, está comprendida entre los 60 a 70 años de edad, lo que se considera que están en una etapa de vida en la cual pueden satisfacer sus necesidades por ellos mismos sin dejar de lado la vigilancia de los familiares para evitar posibles riesgos de caídas los que pueden conllevar a mayores complicaciones e incluso a la dependencia total; considerando que los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se los considera como individuos vulnerables.

En la tabla 2 se muestran los estilos de vida del adulto mayor, el 70,0% (28) de los adultos mayores en estudio no tienen buen estilo saludable en la alimentación, en la dimensión de actividad y ejercicio el 60.0% (24) la actividad y ejercicio que realizan no son saludables, 55.0% (22) no cuentan con buen estilo saludable en el manejo del estrés, sin embargo el 57% (23) el apoyo interpersonal que presentan son saludables, el 60.0% (24) no son saludables la autorrealización que presentan los adultos que participaron en el estudio, el 67.5% (27) no cuentan con buena responsabilidad social.

Los resultados concuerdan con el estudio de Elcorrobarrutia M y Flores S. (2010), quienes también encontraron que existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores de la Urbanización La Libertad en Chimbote (40).

Asimismo, en concordancia con los resultados encontrados, la literatura demuestra que en los senescentes existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad, y ambos están

mediados por una serie de comportamientos a través del tiempo, denominados estilos de vida; así por ejemplo se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos, pero no se desnutrirían si no tuvieran malos hábitos alimenticios, y así también no se enfermarían si pusieran en práctica estilos de vida apropiados para su edad, necesidades y entorno. Siendo ésta una de las explicaciones que se dan a los reportes de la presencia de una elevada prevalencia de las alteraciones del estado de nutrición en los adultos mayores (desnutrición y obesidad) y una mayor morbilidad y mortalidad asociadas a dichas alteraciones (12).

Sin embargo, en contraposición a nuestros resultados, Acosta A. y Rodríguez Y. (2012), concluyen no haber encontrado relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores en el Pueblo Joven Florida Baja al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado, porque los resultados encontrados muestran que hay adultos mayores que aunque tienen un estilo de vida no saludable, presentan un estado nutricional normal, y que quienes presentan un estilo de vida saludable, muestran valores significativos de sobrepeso, delgadez y obesidad, siendo probable que el estado nutricional de los adultos mayores se vea influenciados por muchos otros factores y no sólo al consumo de alimentos (45).

Estos resultados concuerdan con los encontrados por Elcorrobarrutia M. y Flores S. (2010), y por Castro M. y Rodríguez Y. (2013), quienes, en sus respectivas investigaciones, hallaron que la mayor parte de la población de adultos mayores practicaban estilos de vida no saludables, mientras que un menor porcentaje presentaron un estilo de vida saludable (40).

En relación a los estilos de vida, específicamente de los adultos mayores, algunos estudios de investigación puntualizan que las condiciones de vida para estas personas son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados, lo que conlleva a tener estilos de vida no saludables. Por otro lado, en países desarrollados, en su mayoría los adultos mayores gozan de un mejor estándar de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a mejores pensiones, garantías de salud y otros beneficios, lo que podría indicar que esas personas sí tienen estilos de vida saludables mientras que en nuestro país el acceso a estos beneficios es muy limitado.

Puesto que los estilos de vida son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, también son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Lo encontrado indica que la mayor parte de la población en estudio tiene una forma de vida con un cimio de patrones de comportamientos identificables como no saludables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la que ellos se encuentran; posiblemente se deba a diversos factores, tales como el grado de instrucción primaria o analfabetismo, un nivel económico regular que muchas veces no llega a satisfacer sus necesidades básicas, adoptando de este modo, conductas inadecuadas, como la falta de actividad física (sedentarismo) y una inadecuada alimentación.

Por consiguiente, es necesario que los profesionales de la salud que atienden a este grupo etareo, fortalezcan las habilidades y capacidades de los adultos mayores para así modificar sus estilos de vida y así disminuir el impacto negativo en su salud.

En la tabla 3 se evidencia el estado nutricional de los adultos mayores participantes del estudio, que, de acuerdo a la evaluación antropométrica e índice de masa corporal, se obtuvo que el 57,5% (23) de ellos tiene un estado nutricional inadecuado, donde el 27,5% (11) se encuentra con delgadez, el 20,0% (8) tiene sobrepeso y el 10,0% (4) tiene obesidad; siendo sólo el 42,5% (17) los adultos mayores con un peso adecuado o normal.

Estos resultados concuerdan con los encontrados por Elcorrobarrutia M. y Flores S. (2010), y por Castro M. y Rodríguez Y. (2013), quienes, en sus investigaciones, hallaron que poco más de la mitad de la población presentaba un estado nutricional normal, mientras que la escala en porcentajes estaba seguida por personas con delgadez, sobrepeso y una minoritaria parte de obesidad (40).

Otro estudio relacionado es el de Gonzales J. (2011), quien en su investigación hallaron una situación nutricional desfavorable entre los adultos mayores de la ciudad de Lima - Perú,

donde el consumo energético no fue satisfactorio en la mayoría de los adultos mayores (94%) y estaba en situación muy crítica el 36% de ellos, el consumo de proteínas fue deficitario en el 76%, su mayor aporte de proteínas provenía de animales, lo cual excedía las recomendaciones dietarias. Así mismo la ingesta más baja de micronutrientes correspondió al zinc, ácido fólico, hierro y calcio. Finalmente, según su IMC, se reportó un 77% de ancianos malnutridos (63% por exceso y 14% por déficit) (41).

Concerniente a estos datos, la OMS, describe a la población de edad avanzada como uno de los colectivos más vulnerables desde el punto de vista nutricional, debido a diferentes factores de riesgo, entre ellos, la disminución de la ingesta, ya que es durante el envejecimiento donde se producen una serie de cambios fisiológicos dando lugar a una pérdida de masa muscular, una menor tasa metabólica y, simultáneamente, se reduce la actividad física, por lo que sus requerimientos nutricionales varían (42).

Además de los cambios fisiológicos, en el sistema digestivo, que se vuelve más lento, hay una disminución importante en el proceso de absorción de carbohidratos, lípidos, vitamina B12, calcio y vitamina B, y una disminución leve de algunas secreciones, lo que conlleva a trastornos en la motilidad intestinal. Sin embargo, otros aspectos que también influyen en las carencias nutricionales, son la falta de información en el ámbito de la nutrición, las discapacidades, la falta de autonomía, los escasos medios económicos, el desinterés por la alimentación, la soledad, el aislamiento social o el deterioro cognitivo. Siendo así que un estado nutricional inadecuado repercute en el funcionamiento del organismo y podría favorecer el desarrollo de enfermedades y, en consecuencia, convertirse en sujetos dependientes (43).

Como lo indica el Ministerio de Salud (MINSA - 2017) el estado nutricional del adulto mayor, se ve afectado por los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida, conjuntamente con los trastornos que surgen del proceso de envejecimiento como la disminución del apetito, disminución de la ingesta de agua y otros nutrientes esenciales; todo ello puede llevar a que éstas personas se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes (44).

Asimismo, el MINSA (2017) reportó que la prevalencia de desnutrición en adultos mayores es más alta que la encontrada en menores de 60 años, por el contrario, también indican que

más de la mitad de las personas mayores de 60 años que se controlan en consultorios del sistema público de salud, tienen problemas de sobrepeso u obesidad, los mismos que están ligados a la morbilidad y el riesgo de mortalidad y que además puede verse incrementado de un 50 a un 100 %; más aún, la obesidad es considerada como un principal factor de riesgo cardiovascular; siendo causada por diversos factores, como la inactividad física, una alimentación rica en grasas y azúcares, antecedentes hereditarios y factores endocrinos (31).

Cuando hay un adecuado estado nutricional, éste se refleja en la mayoría de los casos, en un peso adecuado para la talla y la edad, y esto a su vez, se debe a los hábitos alimentarios que las personas tengan, los mismos que son influenciados por diversos factores que determinan la cantidad y calidad de los alimentos que se compran, se preparan y se consumen. En el Perú los hábitos alimentarios de los adultos mayores no han sido muy estudiados, sin embargo, existen en otros países como Chile, Brasil, México y España, donde han valorado su caracterización mencionando que éstos son determinantes en el estado de salud y la calidad de vida del adulto mayor.

En el presente estudio el 42,5% de adultos mayores tiene un peso adecuado-normal, lo que puede deberse a la responsabilidad y/o iniciativa de las familias en el cuidado de su salud, a una buena, adecuada, equilibrada, variada y gastronómica nutrición, siendo su comida fácil de preparar, estimulante del apetito y de fácil masticación y digestión. Además, cuentan con el apoyo y afecto familiar. Su entorno en el que vive es seguro, los integrantes de la familia se encuentran concientizados de cómo vivir saludablemente favoreciendo de esta manera su estado nutricional.

Sin embargo, los resultados obtenidos de la investigación, muestran también en conjunto, cifras elevadas de un estado no saludable entre los parámetros de delgadez, sobrepeso y obesidad; lo cual puede deberse al déficit de conocimiento sobre una adecuada y balanceada alimentación de acuerdo a su etapa de vida y factores fisiológicos de la persona adulta mayor; presentando así un desequilibrio nutricional debido a una alimentación inadecuada, inactividad, preocupación, estrés, sedentarismo, soledad, abandono y a su misma pobreza.

Dicho argumento es válido para el presente estudio, por tanto, los resultados obtenidos reflejan no solo el estado nutricional, sino también las dimensiones de actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud inmersas

en la identificación de los estilos de vida. Por consiguiente, al ser nuestra fuente de datos más caudalosa en información, en conjunto se llega a la firme conclusión de que, en efecto, existe relación estadísticamente significativa entre estilos de vida y estado nutricional de los adultos mayores del asentamiento humano La Victoria del Distrito de la Banda de Shilcayo. Provincia y Región de San Martín.

VI. CONCLUSIONES

1. El 60% de población estudiada, se encuentran entre las edades de 60 a 70 años de edad el 57.5% son de sexo masculino, el 65.0% son no letrados, el 52.5% son de estado civil convivientes, el 67.5% son agricultores, 57.5% tienen de 1 a 3 hijos, el 45.0% profesan la religión adventista.
2. En las dimensiones de los estilos de vida, el 70.0% de los adultos mayores que participaron en el estudio no tiene una alimentación saludable, el 60.0% no tienen actividad y ejercicios saludables, el 55.0% no manejan su estrés de manera saludable, el 57.5% presentan apoyo interpersonal saludable, el 60.0% su autorrealización de los adultos mayores no es saludable, el 67.5% la responsabilidad en su salud no es de manera saludable.
3. El Estado Nutricional de la mayoría de los adultos mayores que participaron en el estudio es normal (42.5%), seguido de delgadez (27.5%), sobrepeso 20.0% y en un mínimo porcentaje encontramos obesidad con un 10.0%
4. La prueba estadística chi cuadrado, mostró que existe relación significativa ($p=0.01$) entre estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores, contrastándose con la hipótesis formulada.

VII. RECOMENDACIONES

1. Todos los profesionales de salud deben realizar una valoración permanente del Estilo de Vida de los adultos mayores, y promover la salud mediante sesiones educativas con el objeto de prevenir enfermedades y mantener o mejorar la salud.
2. Los profesionales de enfermería que trabajan con adultos mayores, deben dar prioridad al estado nutricional a través de la evaluación constante del peso, talla e IMC y campañas de preparación de alimentos en coordinación con el profesional de nutrición; a fin de disminuir la cantidad de adultos mayores con problemas nutricionales.
3. Valorar el estado de salud de los adultos mayores permanentemente, debido a que en esta etapa el organismo es frágil y voluble, por ende no se evidencia un problema de salud con facilidad. .
4. Es necesario integrar en las diferentes actividades a la familia de los adultos mayores, especialmente con aquellas donde los adultos mayores dependen de sus cuidadores.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez E, Sandoval M, Schneider S. Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2008; N° 179. URL: <http://www.adolescenciaalape.com/sites/www.adolescenciaalape.com/files/Epidemiologia%20Sobrepeso%20Elisa%20Cecilia%20P%C3%A9rez,.pdf>
2. Caterson I, Gill T. Obesity: epidemiology and possible prevention. Best Pract Res Clin Endocrinol 2002; 16:595-610. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12468409>
3. Becoña E, Vásquez F. Promoción de los estilos de vida saludables. ALAPSA 2004;(5): 15-25. URL: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7403>
4. Hurtado L, Morales C. Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital regional de Sonsonate. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador. Tesis de Posgrado. San Salvador-El Salvador. 2012. URL: <https://es.scribd.com/document/137953296/Correlacion-entre-Estilos-de-Vida-y-la-Salud-de-los-Medicos-del-Hospital-Regional-de-Sonsonate>
5. OPS. Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables: Recomendaciones para la evaluación, dirigido a los responsables de las políticas en las américas. 2005. URL: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/MCS.pdf>
6. Sanabria P. Gonzales L. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Revista Med. 2007; 15 (2): 207-217. URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
7. Frank E. Physician health and patient care. JAMA. 2004;291:637.10.1001/jama.291.5.637. [PubMed: 14762049] URL: https://www.researchgate.net/publication/49678152_Physicians'_health_practices_strongly_influence_patient_health_practices
8. Frank E, Rothenberg R, Lewis Ch, Belodoff B. Correlates of Physician'Prevention-Related Practices. Findings from the Women Physicians'Health Study. Archves of Family Medicine. 2000; 9: 359-67. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10776365>

9. Quirantes A, López M, Hernández E. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2009; 35(3). URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014
10. Plaza A. Estilos de vida de los adultos mayores en la sede social del Instituto Ecuatoriano seguridad social de la Ciudad de Esmeraldas. [Tesis pregrado] Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeralda. 2017. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1301/1/PLAZA%20CABEZAS%20%20ALBA%20GISSELA.pdf>
11. Ferrari T. Estilos de vida de la población adolescente, adulta y anciana en Sau Paulo. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, n.1, e00188015. Epub Jan 23, 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00188015>.
12. Córdova D, Carmona M, Terán O, Márquez O. Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios. *Rev. Bionética. Medwave México*. 2013;13(11):e5864 doi: 10.5867/medwave.2013.11.5864. URL: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5864>
13. Ramón C. Estilos de vida saludable y estado nutricional en docentes de una universidad de Lima Metropolitana. [tesis postgrado] Escuela de Posgrado. Universidad César Vallejo. Lima-Perú. 2017. URL: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/21900/Ram%C3%B3n_ACR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Taco S, Vargas R. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el distrito de Polobaya. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. Facultad de Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería. Tesis para obtener el Título Profesional de Enfermera Arequipa – Perú. 2015. Consulta 31.10.15 7:24pm. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/379>
15. Vigil K. Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota, 2014. Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Cajamarca Perú. 2014. Consulta 31.10.17 7:39 pm. <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/266/T%20305.244%20V677%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Palomares L. Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en Profesionales de salud. [Tesis posgrado] Programa de Maestría en Gestión y docencia en alimentación y nutrición. Escuela de Post Grado. Universidad Peruana de Ciencias aplicadas. Lima-Perú. 2014. URL: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/566985>
17. Gálvez K, Carrasco L. “Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto(a), atendidos en el Hospital II – 2 Tarapoto. [Tesis pregrado] Escuela Profesional de Enfermería. Facultad Ciencias de la salud. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto 2018. URL: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3182/ENFERMERIA%20%20-%20Katty%20Fiorella%20G%c3%a1lvez%20Acho%20%26%20Luz%20Mery%20Carrasco%20Ram%c3%adrez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Vickers K, Kircher K, Smith M, et al. Health behavior counseling in primary care: providerreported rate and confidence. *Fam Med*. 39:730–5. [PubMed: 17987416]. EE.UU. 2007. Consulta 29.11.17 4:48 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17987416>
19. Barrón V. "Estilos de Vida de Personas Mayores de - años económicamente activas de Chillán y Valparaíso". [1 maestría]. Chile: Universidad de Valparaíso; 2010.
20. Ministerio de Salud. Población Adulta Mayor. 01 de Octubre Día Mundial del Adulto Mayor “Todos Envejecemos Promovamos Juntos Adultos Mayores Activos y Saludables” [monografía en internet]. Lima - Perú. 2008. [citado 27.09.17]. [Alrededor de 02 pantallas]. Disponible desde URL: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2008/adulto_mayor/principal.htm
21. Ministerio de Salud. "Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor". Lima: Instituto Nacional de Salud; 2013.
22. Ministerio de Salud. "Estado Nutricional en el Perú". Lima: Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - DEVAN; 2012.
23. Ministerio de salud. "Adulto Mayor". Lima: Dirección General de Salud de las Personas y Promoción de la Salud; 2015.

24. Ministerio de Salud (MINSA). "Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria". Perú; 2013. Consulta 29.11.17 10:16 am URL: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_-_D.S_008-2015-MINAGRI.pdf
25. Duncan S. "Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor". Colombia; 2014. Consulta 29.11.17 10:21 pm. <https://es.slideshare.net/Betziale/revista-35143281>
26. Diveri T. "Situación Nutricional Arequipa". Perú: Ministerio de Salud; 2013. Consulta 29.11.17 10:32 pm. http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/AREQUIPA.pdf
27. Quiñones P. "Esperanza de Vida". Organización Mundial de la Salud. Suiza. 2013. Consulta 29.11.17 11:55 pm. <http://www.who.int/countries/che/es/>
28. Fernández M. "Nutrición del adulto mayor". Rev. Med. Hered. 2013; 24:183-185. Perú; 2013. Consulta 30.11.17 <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/download/311/278>.
29. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria versión On-line ISSN 2395-8421. Artículo. Versión impresa ISSN 1665-7063. Vol. 8 N° 4 México oct./dic. 2011. Consulta 29.11.17 6:04 pm. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
30. Consejo Directivo. Fundación del empresariado adulto mayor. "Adulto Mayor: Una nueva etapa de vida". México. 2012. Consulta 29.11.17 6:21 pm. http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf
31. Benavides M. Nutrición por etapa de vida. Artículo. Perú. 2013. Consulta 29.11.17 6:29 pm. <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/adulto.asp>
32. Duncan S. "Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor". Colombia; 2014. Consulta 29.11.17 10:21 pm. <https://es.slideshare.net/Betziale/revista-35143281>
33. Diveri T. "Situación Nutricional Arequipa". Perú: Ministerio de Salud; 2013. Consulta 29.11.17 10:32 pm. http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/AREQUIPA.pdf

34. Quiñones P. "Esperanza de Vida". Organización Mundial de la Salud. Suiza. 2013. Consulta 29.11.17 11:55 pm. <http://www.who.int/countries/che/es/>
35. Fernández M. "Nutrición del adulto mayor". Rev. Med. Hered. 2013; 24:183-185. Perú; 2013. Consulta 30.11.17 <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/download/311/278>.
36. Mansilla H. "Estilos de Vida Saludables". España; 2011. Consulta 30.11.17 12:15 pm. http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=196&Itemid=133
37. Fonteboa M. "Cinco enfermedades que el ejercicio previene". España: Madrid; 2013.
38. Ministerio de Salud. "Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor". Lima: Instituto Nacional de Salud; 2013.
39. Ministerio de Salud. "Estado Nutricional en el Perú". Lima: Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - DEVAN; 2012.
40. Ministerio de salud. "Adulto Mayor". Lima: Dirección General de Salud de las Personas y Promoción de la Salud; 2015.
41. Ministerio de Salud (MINSA). "Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria". Perú; 2013. Consulta 29.11.17 10:16 am URL: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_-_D.S_008-2015-MINAGRI.pdf
42. Delgado R. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona en el Perú. [Proyecto de línea de la escuela de Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2008. URL: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1797/ESTILOS_DE_VIDA_FACTORES_BIOSOCIOCULTURALES_ZAPATA_CASTILLO_MARITZA_IVETT.pdf?sequence=1&isAllowed=y
43. Elcorrobarrutia M, Flores S. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en la urbanización La Libertad. Universidad Católica Los ángeles de Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Chimbote - Perú. 2010. Consulta 31.10.17 10:01 pm. <https://es.scribd.com/doc/166163640/Tesis-Adulto-Mayor>.

44. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC 2002. URL: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf>
45. Romero S. Estilo de vida y estado nutricional en personas adultas mayores, usuarios del programa del adulto mayor del Puesto de Salud Churubamba Huánuco 2016 [Internet]. Universidad de Huánuco; 2018. Available from: <https://bit.ly/2AVSdgB>
46. INEI. Instituto Nacional de Estadística Informatica. [Internet]. 2015 [Citado 16 setiembre 2019]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peruviven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
47. Cuevas M. Tercera Edad: Los Factores que dan Calidad de Vida. Rev. El Mercurio [Internet]. 2004 [Citado 09 Dic 2019]. Disponible en: <http://globalag.igc.org/elderrights/world/2004/quality.htm>
48. Elcorrobarrutia M. Flores S. Estilos de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor. En la Urb. La Libertad, Chimbote 201 O. [Informe de tesis en Internet]. Universidad Católica Los Angeles De Chimbote, Facultad De Ciencias De La Salud, Escuela Profesional De Enfermería. La Libertad, Chimbote- Perú 2010. [Citado 2019, Setiembre 22]. Disponible desde URL:<http://es.scribd.com/doc/1661636401Tesis-Adulto-Mayor>
49. Gonzales J. Evaluación Del Estado Nutricional de un Grupo De Adultos Mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana. [frabajo de grado en Internet]. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad De Ciencias, Carrera De Nutrición y Dietética. Bogotá D.C. junio 7 de 2011. [Citado 2019, setiembre 23]. Disponible desde URL http://www.javeriana.edu.colbiblos/tesis/ciencias/tesis_708.pdf
50. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. [publicación en internet]. [Citada 2019, Noviembre 09]. Disponible desde URL: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
51. Contreras M. Norma técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica del Adulto Mayor. [Monografía en internet]. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Area de Normas-CENANIINS. Lima 2005 [Citado 2019, Noviebre 15]. Disponible desde URL:[http://www.hospitalhualaral.gob.pelimagenes/biblioteca/NUTRICION N/Norma_Vai_Nut_ADULTO_MAYOR.pdf](http://www.hospitalhualaral.gob.pelimagenes/biblioteca/NUTRICION/Norma_Vai_Nut_ADULTO_MAYOR.pdf)

52. Ministerio de Salud. Nutrición por etapa de vida, Alimentación del Adulto Mayor de 60 a más años. [Portal en Internet]. Dirección General de Promoción de la Salud Lima 2007. [Citado 2019, Noviembre 15]. Disponible desde URL: http://www.minsa.gob.pe/portalespeciales/2007/nutricion/adulto_mayor.asp
53. Acosta A, Rodríguez Y. Estilos de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor [tesis en Internet]. Pueblo Joven Florida Baja Chimbote- Perú 2012. [Citado 2019, Noviembre 22]. Disponible desde URL <http://enfermeria.uladech.edu.pe/esinvestigacionlfinish/17-2013/86-estilo-de-vida-y-estado-nutricional-del-adulto-mayor-ana-mariaacosta-ruiz>
54. Villar, M., Ballinas, Y., Gutiérrez, C. y Angulo, Y. (2016). Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “reforma de vida” del seguro social de salud (Essalud). Revista Peruana de Medicina Integrativa.2016;1(2):17-26. Recuperado de <https://bit.ly/2ZmGktn>.

IX. ANEXOS

Anexo Nro. 01

Solicitud de Permiso



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tarapoto, 12 de junio de 2019

Oficio S/N-2019-/FFD.

Sr. Presidente del Asentamiento Humano La Victoria. Distrito de la Banda de Shilcayo

Presente.

Yo; Ana Mirela Tantaleán Chávez, Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería, me encuentro realizando el trabajo de investigación titulado: **“Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria. Distrito de la Banda de Shilcayo. Provincia y Región de San Martín. Junio-noviembre 2019”**, para poder optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Para lo cual solicité autorización para poder encuestar a los adultos mayores por ser muestra de mi trabajo de investigación.

Segura de contar con su generoso apoyo y atención a la presente; quedo de Ud.

Atentamente;

Est. Enf. Ana Mirela Tantaleán Chávez

Código Nro. 75725015

Anexo Nro. 02

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Lugar y Fecha: _____

Por medio del presente documento acepto participar voluntariamente en el trabajo de investigación que lleva por título **“Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria. Distrito de la Banda de Shilcayo. Provincia y Región de San Martín. Junio-noviembre 2019”**.

Asimismo, expreso que he sido informado que tendré que responder un cuestionario donde la información vertida en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención lo cual es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firma del participante

Nº DNI. 75725015



Anexo Nro. 03

Instrumento de Investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Factores Sociodemográficos

Presentación.

Buenos días, soy estudiante de la carrera profesional de Enfermería de la Universidad Nacional San Martín, mi nombre Ana Mirela Tantaleán Chávez, me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: **“Estado nutricional del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria. Distrito de la Banda de Shilcayo. Provincia y Región de San Martín. Junio-Noviembre 2019”**. Para lo cual solicito su colaboración a través una respuesta sincera a las preguntas que a continuación se le presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación en el estudio.

Datos Generales

- ❖ N° de afiliación _____
- ❖ Iniciales _____
- ❖ Edad _____
- ❖ Sexo _____
- ❖ Grado de instrucción _____
- ❖ Estado civil _____
- ❖ Ocupación _____
- ❖ N° de hijos _____
- ❖ Religión _____

Variable Independiente: Estilos de vida

N°	Dimensiones	Criterios			
		N	AV	F	S
	ALIMENTACIÓN				
1	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida.				
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.				
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.				
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.				
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.				
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO				
7	Realiza Ud. ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.				
8	Ud. diariamente realiza actividades como movimientos de todo su cuerpo				
	MANEJO DEL ESTRÉS				
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida				
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación				
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación				
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.				
	APOYO INTERPERSONAL				
13	Se relaciona con los demás				
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás				
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas				
	AUTORREALIZACION				
16	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida				
17	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza				
18	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal				
	RESPONSABILIDAD EN SALUD				
19	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica				

20	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud				
21	Toma medicamentos solo prescritos por el médico				
22	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud				
23	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.				
24	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.				

Variable dependiente: Estado Nutricional.

N° de identificación	PESO	TALLA	IMC	DX NUTRICIONAL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

Clasificación**IMC**

Delgadez

Mayor o igual 23,0

Normal

> 23 a < 28

Sobrepeso

Mayor o igual 28 a < 32

Obesidad

Mayor o igual 32