

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

“ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO
MAYOR DE LA CIUDAD DE CHOTA, 2014”

Presentado por:

Bach. Enf. Karla Doris Vigil Cieza

ASESORAS:

M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro.

Dra. Enf. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez.

Cajamarca – Chota

2014

JURADO EVALUADOR:

PRESIDENTA : M.Cs. María Eloisa Ticlla Rafael
SECRETARIA : Dra. Norma B. Campos Chávez
VOCAL : Lic. Enf. Delia M. Salcedo Vásquez

DEDICATORIA

A DIOS Todopoderoso, que con su infinita bondad amorosa, me ha dado las fuerzas para poder seguir adelante y me ha salvaguardado para continuar con éxito.

Con mucho amor a mi familia, Isolina, Freddy, Elisa, Ernestina, una sólida edificación de amor, quienes de diferentes formas me han apoyado incondicionalmente; a ellos, en reconocimiento a su abnegada labor y esfuerzo, por ser ejemplos para mi vida, por sus certeros y sabios consejos que contribuyeron en mi formación personal y profesional. A mi querida hermanita Heidi, que desde pequeña y de forma sutil, me demuestra a diario su amor e interés en mí.

A la amistad, lazo divino que afortunadamente ha sabido unirme con personas de extraordinario valor, de principios y virtudes, que me han brindado su cariño desinteresado cuando más lo he necesitado, y cuando no. A ellas y ellos, con quienes antes de cualquier otro parentesco, prevalecerá la más sincera amistad.

Karla

AGRADECIMIENTO

Expreso mi profundo agradecimiento y reconocimiento a las personas que hicieron posible esta investigación, en la calidad de asesora, co asesora colaboradoras, de informantes o de entrevistadas. A todas y cada una de ellas, por dedicar su tiempo y contribuir con sus aportes al enriquecimiento de la presente investigación.

Mi sincero agradecimiento a la MCs. Rosa Ricardina Chávez Farro, asesora docente de la presente investigación; por su guía y orientación constante, por dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimientos y aportes para la realización de esta tesis.

A mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca Sede Chota, donde recibimos conocimientos y aprendizajes forjadores del logro de nuestra profesión al servicio de la comunidad. A la Facultad Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería, integrada por profesionales competentes, gracias a ellos por su esmero y dedicación, por no limitarse a ser nuestros docentes, sino que con cariño desinteresado supieron convertirse en nuestros maestros y amigos durante toda nuestra formación profesional.

Un agradecimiento especial a mi amiga, Yolanda Del Pilar Cieza Coronado, quien con su optimismo y su ayuda desinteresada, participó a mi lado en la ejecución de esta tesis

Y finalmente, pero no por ello menos importantes, un profundo agradecimiento a los adultos mayores de la ciudad de Chota participantes de ésta investigación, por abrirnos las puertas de sus hogares y permitirnos trabajar con ellos en el presente estudio.

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN

	Pág.
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Justificación	18
1.4. Objetivos	20
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes del problema	21
2.2. Teorías	22
2.3. Base conceptual	24
2.4. Hipótesis	35
2.5. Definición y Operacionalización de Variables	36
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA	38
3.1. Tipo de estudio y diseño de investigación	38
3.2. Descripción del área de estudio.	38
3.3. Población	39
3.3.1. Tamaño de muestra	39

3.3.2. Criterios de inclusión	41
3.3.3. Criterios de exclusión	41
3.3.4. Unidad de análisis	41
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.5. Control de calidad de los datos	44
3.5.1. Validez	44
3.6. Procedimiento de Recolección de Datos	44
3.7. Análisis y Procesamiento de los Datos	45
3.8. Consideraciones éticas	45
3.8.1 Rigor ético	45

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	47
--	-----------

CONCLUSIONES	58
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	59
------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
-----------------------------------	--

ANEXOS	
---------------	--

RELACIÓN DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Estilo de vida del adulto mayor. Ciudad de Chota. 2014.	44
TABLA 2 Dimensiones del estilo de vida del adulto mayor. Ciudad de Chota. 2014.	47
TABLA 3 Estado nutricional del adulto mayor. Ciudad de Chota. 2014.	51
TABLA 4 Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. Ciudad de Chota. 2014.	57

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo de corte transversal, de diseño descriptivo correlacional, tuvo como propósito determinar la relación que existe entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota, 2014. La muestra estuvo conformada por 263 adultos mayores residentes en la ciudad de Chota. Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista, se aplicaron dos instrumentos: Escala de Estilo de Vida elaborada por Walker, Sechrist y Pender, modificado por Díaz R; Delgado R; y Reyna E, quienes aplicaron el alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.794 para la confiabilidad del instrumento y la Ficha de Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado (X^2). Los resultados establecen que 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 saludables; 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. Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre estilo de vida y estado nutricional de los adultos mayores de la ciudad de Chota.

Palabras claves: Estilo de vida, estado nutricional, adulto mayor.

ABSTRACT

This research is quantitative cross-sectional descriptive correlational design, was to determine the relationship between lifestyle and nutritional status of the elderly in the city of Chota, 2014. The sample consisted 263 elderly residents in the city of Chota. It was used as data collection technique the interview, two instruments were applied: Lifestyle Scale developed by Walker, Sechrist and Pender, as amended by Díaz R; Delgado R; and E Reyna, who applied the Cronbach obtaining a value of 0.794 for the reliability of the instrument and sheet Nutritional Assessment of the Elderly. Chi square test (X²) was used to determine the relationship between variables. The results show that 82,9% of adults over the city of Chota not practice a healthy lifestyle, as to the dimensions nutrition, activity and exercise, interpersonal support and accountability in health have unhealthy life styles; and stress management and self if they have healthy lifestyles. The nutritional status of the elderly 42,2% is normal, followed by 35,7% for thinness and 22% are overweight and obese. We conclude that there is a statistically significant relationship between lifestyle and nutritional status of the elderly in the city of Chota.

Key words: lifestyle, nutritional status, older adult.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio está orientado a la investigación de dos variables muy importantes, sobre todo en grupos vulnerables como el adulto mayor. Estas son, los estilos de vida y el estado nutricional.

Los estilos de vida que mantiene una persona con respecto a sus costumbres, prácticas y hábitos diarios, son representaciones significativas en el estado de salud de las mismas; por esto se considera que la tercera parte de las enfermedades a nivel mundial se previenen a través de cambios en la conducta y modificaciones en los estilos de vida.

El estado nutricional por su parte, es el resultado del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo; lo cual resulta trascendental en la etapa de vida del adulto mayor, ya que de un adecuado estado nutricional, dependerá el poder preservar, proteger y mantener su salud, así como reducir complicaciones y enfermedades que son usuales en este período de vida.

Estos dos aspectos, estilos de vida y estado nutricional, tienen un alto grado de vinculación en lo que respecta al comportamiento individual en la prevención de diversos problemas de salud en esta edad. Siendo el objetivo del presente estudio, determinar la relación que existe entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota.

La información obtenida develó la realidad de este grupo vulnerable en nuestro entorno, concluyendo que existe una asociación significativa ($P = 0.01$), entre las variables estilos de vida y estado nutricional, por lo que se espera que las autoridades de salud implementen y ejecuten acciones en el campo de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad que son de prioridad para el adulto mayor.

El presente estudio de investigación está plasmado en cuatro capítulos, los cuales a su vez están conformadas por:

El Capítulo I, donde se muestra el problema científico: definición y delimitación del problema de investigación, formulación del problema, justificación y los objetivos generales y específicos.

El Capítulo II, contiene el marco teórico y conceptual: teorías relacionadas, antecedentes del estudio, marco conceptual, hipótesis, variables tanto independientes como dependientes y sus respectivas definiciones conceptual y operacional.

El Capítulo III, abarca la metodología de la investigación, tipo y diseño, población, muestra, criterios de inclusión, exclusión, unidad de análisis y de observación, técnicas y métodos de recolección de información, descripción de los instrumentos para recolectar la información, procesamiento para la recolección, presentación y análisis de la información.

En el Capítulo IV, se exponen los resultados encontrados con la interpretación y el análisis correspondiente.

El estudio finaliza con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preservación de la salud física y mental del adulto mayor, constituye una responsabilidad individual, con independencia de las acciones dirigidas a su conservación en el ciudadano, y representa un deber cívico para evitar añadir una carga económica o sentimental, a corto o lejano plazo, a la familia o a la propia sociedad, dando la posibilidad de alcanzar una vejez sana, con adecuados estilos de vida, portadora de ricas y ejemplarizantes experiencias para los más jóvenes.¹

A este respecto la OMS considera personas “mayores” a mujeres y varones que tienen una edad de 60 años o más; basándose en este dato los estudios demográficos indican que ha habido un aumento creciente de esta población. El informe de las Naciones Unidas (2014) sobre el envejecimiento de la población, indica que en la actualidad, la población mayor de 60 años o más, corresponde al 19,8% de la población total (1.294 millones de personas) y prevé que para el año 2050 se llegará al 22% (2.000 millones de personas aproximadamente).²

En América Latina el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que en los países desarrollados, debido principalmente a la transición de población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas, que en algunos países se acentúan más que en otros.³

Durante el siglo XXI se prevé un aumento de 23,6 % de adultos mayores en América Latina, En este contexto, el Perú se encuentra en

pleno proceso de transición demográfica, donde el comportamiento de la tasa de fecundidad es moderada y la tasa de mortalidad se califica como moderada – baja, similares características se presentan en países como Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Venezuela y República dominicana.³

En el Perú han determinado un aumento de la expectativa de vida y un envejecimiento progresivo de la población. Los adultos mayores representan casi el 10% de los habitantes, grupo que presenta una alta prevalencia de hipertensión, sobrepeso, osteoporosis, problemas articulares, cáncer y trastornos cardiovasculares. Estas enfermedades no transmisibles se relacionan, entre otros aspectos, con la calidad de la alimentación y la existencia de estilos de vida no saludables.⁴

La población peruana para el año 2014 según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), es de 30'814,175 de habitantes, estimándose en 2'807,354 los adultos mayores que representan el 9,21% de la población nacional. Siendo la población adulta mayor varón de 1'311,027 (48,6%) y adulta mayor mujer de 1'496,327 (53,3%). El 38,8% residen en el área urbana y el 42,5% en el área rural. Según estimaciones y proyecciones por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), desde las últimas décadas se observa un incremento paulatino y persistente de la población adulta mayor, lo cual genera nuevas demandas y una mayor inversión en lo concerniente al campo de la salud y seguridad social.⁵

Los departamentos que concentran la mayor población de adultos mayores son: Lima y Callao (851,269), La Libertad (153,700), Piura (147,158), Puno (127,752), Cajamarca (124,439) Arequipa (118,381), Ancash (113,211), Junín (105,967).⁶

Aunque tradicionalmente se atribuyen los problemas de salud en el adulto mayor al proceso de envejecimiento, en particular a las condiciones biológicas, es preciso reconocer que se envejece durante

toda la vida y en cualquier tiempo, no sólo se evidencian decrementos, sino también incrementos funcionales, pero se reconocen cada vez más los problemas de salud en el adulto mayor como dependientes de las relaciones entre el comportamiento del individuo y su contexto. Hay entonces, modos de vivir y de envejecer saludables y estilos de vida poco saludables que conducen al deterioro.⁷

Uno de los aspectos esenciales a tener en cuenta durante el envejecimiento es el estado nutricional del adulto mayor que se ve afectado por los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida, además de 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.⁸

Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y deteriora el pronóstico en patologías agudas. En los senescentes existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos. Se ha reportado una elevada prevalencia de las alteraciones del estado de nutrición en los adultos mayores (desnutrición y obesidad) y una mayor morbilidad y mortalidad asociadas a dichas alteraciones.⁹

No se conoce con exactitud la magnitud de la población adulta mayor que padece de malnutrición, sin embargo la malnutrición es un problema frecuente en el adulto mayor y representa un problema de salud pública; mantener el peso corporal saludable es importante, el sobrepeso y la obesidad están asociados con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas entre otras, del mismo modo tener bajo peso y una mala nutrición constituye un factor de riesgo de morbimortalidad en el adulto mayor.¹⁰

En un estudio casa por casa realizado en los Estados Unidos de Norte América, encontraron que entre el 37 y el 40% de personas mayores de 65 años, tenían una ingesta menor a los dos tercios de los requerimientos diarios recomendados, siendo las vitaminas E y A, el zinc, calcio y magnesio los encontrados con una ingesta deficiente.¹¹

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó que la prevalencia de desnutrición en adultos mayores es más alta que la encontrada en menores de 60 años, mencionan 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.¹² Sin embargo, a pesar de todos estos avances teóricos, la sociedad peruana no tiene un cabal conocimiento acerca de los problemas de salud que adolece la población adulta mayor en el país, ni tampoco una mayor conciencia sobre los riesgos que implica el proceso de envejecimiento sobre el bienestar físico y psíquico de este grupo poblacional. La falta de difusión acerca de la necesidad de que los ancianos y sus familias tengan un mayor cuidado sobre su salud, genera mayores consecuencias en los adultos mayores en situación de pobreza, sobre todo los residentes en áreas urbano-marginales del país.¹³

La salud de las personas mayores se asocia al estilo de vida, debido a que el estilo de vida saludable procura el bienestar del ser humano y los estilos de vida poco saludables se asocian a factores de riesgo que contribuyen a la presencia de enfermedades en las personas de éste grupo etáreo.¹⁴ Ahora bien, se entiende por estilo de vida a la forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental. Los problemas de salud del adulto mayor relacionados a su estado nutricional es un asunto que debe tomarse en cuenta desde la prevención y la promoción de la salud, identificando algunos estilos de

vida no saludables, tales como: la falta de ejercicio, el sedentarismo, inadecuada alimentación; que provocan problemas de salud como las enfermedades crónicas degenerativas, más aun si se considera el bajo acceso a los servicios de salud (seguridad social), a los programas especializados y el alto costo de los tratamientos, así como las irreparables pérdidas.

Según estudios de investigación, las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor estándar de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a mejores pensiones, garantías de salud y otros beneficios.

En el Perú, según INEI (2012) y relacionado a los estilos de vida de los adultos mayores, se indicó que la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles es propia de la población adulta mayor que se sustenta en diversos factores de riesgo, tales como: actividad física, hábitos alimenticios, consumo de cigarrillo o tabaco y de alcohol. Así también, la evidencia demuestra que la modificación de hábitos no saludables y el control de los factores de riesgo pueden, en la mayoría de los casos, evitar las manifestaciones clínicas de algunas enfermedades crónicas e impedir complicaciones que, sin control, pueden causar discapacidades que tienden a disminuir la calidad de vida de las personas mayores.¹⁵

A este respecto, en cuanto a actividad física, a nivel nacional se obtuvo que el 60,5% de las mujeres no realizan ejercicio físico; mientras que, el 59,2% de los hombres realizan algún deporte/ejercicio físico; encontrándose el departamento de Cajamarca con un 61,0% de personas adultas mayores que sí realizan algún ejercicio o actividad física.¹⁵

En cuanto al hábito alimenticio se indicó que está relacionado con el lugar de residencia de las personas debido al tipo de alimentos que disponen en cada región; se indicó por ejemplo, que la población adulta mayor normalmente consume verduras y frutas. El 57,8% de la población adulta mayor acompaña con ensalada de verduras el consumo de menestras y el 33,9% consume diariamente fruta fresca. ¹⁵

Finalmente, en lo que respecta a hábitos de beber y fumar, INEI (2012) indicó que el 30,6% de la población adulta mayor consumió al menos un vaso de bebida alcohólica en el mes anterior a la encuesta; el 77,8% tomó alguna bebida alcohólica en 1 a 2 ocasiones y el 22,2% lo hizo en 3 y más ocasiones. De estos datos, Cajamarca representa al 16,1% de adultos mayores que ingieren bebidas alcohólicas. En cuanto al hábito de fumar, se obtuvo el 14,9% de los adultos mayores fumó alguna vez diariamente al menos un cigarrillo; encontrándose Cajamarca con un 0,6% de adultos mayores en condición de fumadores durante el año 2012. ¹⁵

A esta realidad no escapa la ciudad de Chota, que se ubica en el distrito y provincia de Chota, departamento de Cajamarca – Perú; la misma que cuenta con una población total de 17572 habitantes, de los cuales, la población adulta mayor representa el 10 %, grupo focal del cual se sabe que las principales actividades a que se dedica en la ciudad de Chota son: en su minoría docencia y demás trabajos para el Estado, la población mayoritaria restante depende en su totalidad de sueldos mensuales de jubilación por haber cesado sus labores para el Estado, mientras que otros dependen de la manutención de sus hijos y/o demás familiares. Las viviendas en su mayoría cuentan con los servicios básicos: luz, agua y desagüe, el mayor porcentaje de viviendas son de material noble, mientras que la minoría restante son de material precario. El establecimiento a cargo de brindar atención de salud a la población de la ciudad de Chota son: el Centro de Salud

“Patrona de Chota”, el Hospital “José Hernán Soto Cadenillas” y el Centro Médico EsSalud.

Teniendo conocimientos básicos sobre esta población, en la cual no se han reportado estudios de investigación en cuanto a estilos de vida y estado nutricional, en un conjunto humano que necesita ser estudiada en el ámbito local, mucho más tratándose de la población de adultos mayores, quienes representan, en su mayoría a personas dependientes del apoyo económico, social y emocional de los grupos etarios que les anteceden; el presente trabajo de investigación será de mucha utilidad porque permitirá evidenciar una problemática que mayormente se encuentra oculta en la sociedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota, 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El aumento del envejecimiento de la población, puede considerarse como un éxito de la política sanitaria y de desarrollo sociocultural; sin embargo, también representa un desafío para toda la sociedad, la cual debe adaptarse a este cambio.

Al tanto de esta realidad, el MINDES elaboró el Plan Nacional para las personas Adultas Mayores, donde estipula la necesidad de crear programas que prioricen y orienten las intervenciones en esta población; y para ello, se requieren estudios que identifiquen los problemas reales de este grupo poblacional; a su vez el Instituto de Gerontología de nuestro país, indica que son pocos los estudios realizados en este grupo, y de los que existen, han sido realizados en adultos mayores institucionalizados u hospitalizados; finalmente, a

pesar de que en los últimos años se sabe que las personas viven más tiempo; se sigue descuidando la calidad de vida del adulto mayor.

Por este motivo, es que se emprendió este trabajo de investigación, el mismo que es importante porque representa un reto para todos nosotros, sobre todo para el MINSA, EsSalud, y demás instituciones públicas y privadas prestadoras de salud; lo que implica que las autoridades de salud implementen, potencien y ejecuten acciones y estrategias relacionadas al proceso de cambios de conductas, es decir a adoptar estilos de vida saludables con el objeto de mejorar la calidad de vida y por ende su salud; siendo necesario para ello, mejorar los hábitos, prácticas y costumbres diarias que los adultos mayores tienen, haciendo especial hincapié en una alimentación balanceada, actividad física continua y permanente, controlar los hábitos de fumar y de consumo de alcohol, manejo de estrés, autorrealización entre otras, desarrollando de esta manera modelos que contribuyan a la preservación y promoción de la mejora de la salud de los adultos mayores para tener individuos sanos, dispuestos a mantener su propia salud, y controlar su enfermedad, comprometidos en su realidad, logrando con ello una cultura de prevención.

Además el estudio tiene relevancia porque con la información obtenida, los actores involucrados en la salud, priorizarán la necesidad de crear programas que orienten las intervenciones en el grupo etario de adultos mayores en relación a los estilos de vida y la vigilancia del estado nutricional, diseñando e implementando programas de promoción de salud sobre alimentación y nutrición así como realizando una monitorización permanente y continua de ello.

También, es conveniente para las instituciones prestadoras de salud, porque a partir de este estudio establecerán, implementarán y pondrán en ejecución planes estratégicos para la promoción de un entorno

saludable así como el de potenciar las capacidades del adulto mayor para que sea capaz de cuidar su salud.

Finalmente, también se espera poder contribuir a una propuesta de cambios en las políticas públicas de salud y nutrición a partir de los gobiernos locales y regionales conducentes a mejorar la equidad en el acceso a los servicios, la focalización y los esfuerzos públicos hacia uno de los segmentos de mayor riesgo, los adultos mayores; asimismo este estudio servirá para incrementar el acervo de conocimientos y para la formación de una línea de base.

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Determinar la relación entre estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor en la ciudad de Chota, 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el estilo de vida del adulto mayor en la ciudad de Chota – 2014.
- Describir el estilo de vida del adulto mayor según dimensiones. Chota 2014.
- Evaluar el estado nutricional del adulto mayor en la ciudad de Chota – 2014.
- Establecer la relación que existe entre los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor, Chota - 2014.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

En un estudio sobre “Estado Nutricional de Adultos Mayores según Índice de Masa Corporal” se encontró una situación nutricional desfavorable. Los resultados mostraron que 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%. La ingesta más baja de micronutrientes corresponde al zinc, ácido fólico, hierro y calcio. Según el IMC reportó que 77% de adultos mayores están malnutridos (63 % por exceso y 14 % por déficit). Concluyendo que los hallazgos de carencias alimentarias son incongruentes con el IMC.¹⁶

En la investigación “Estilos de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor”, se encontró como resultado que el mayor porcentaje de los adultos mayores de su estudio, presentaban un estilo de vida no saludable con un 82,9%, mientras que un menor porcentaje tenían un estilo de vida saludable con un 17,1 %; a su vez, más de la mitad de los adultos mayores tenían un estado nutricional normal con un 62,3%, 16,7% presentaba delgadez, 16,7% sobrepeso y 4,3%. obesidad. Encontrado que existía relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores de la Urbanización “La Libertad”, Chimbote.¹⁷

Según la tesis “Estilo de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor” los autores obtuvieron como resultados que solo el 39,2% de los adultos mayores de su estudio presentaban un estilo de vida saludable, mientras que el 60,8% restante presentaba estilos de vida no saludables. En cuanto al estado nutricional, prevaleció los normopesos

con 42,0%, seguido por sobrepeso 27,2%, delgadez 18,2% y obesidad 12,6%. Finalmente concluyen que no existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional en el adulto mayor de “Javier Heraud” del distrito de Santa, Chimbote 2012.¹⁸

En el trabajo de investigación “Estilos de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor”, los autores concluyen que la mayor parte de la población llevaban estilos de vida no saludables, con un 91,3% y tan solo un 8,7% de ellos presentaban estilos de vida saludables; así mismo con respecto al estado nutricional, la mayoría de los adultos mayores presentaban un estado nutricional normal con un 54,7%, delgadez 21,3%, sobrepeso 20% y obesidad 4%. A su vez indican 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.¹⁹

En la tesis “Evaluación del Estado Nutricional de un Grupo de Adultos Mayores”, se determinó al finalizar la investigación que el 15% de la población de estudio se encontraba en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio; siendo el mayor porcentaje de la muestra 72,5% mujeres y 27,5 % varones, el 62,5% se encontraba en el grupo etario de 70-79 años, seguido por 32,5 % entre 80 y 89, el 4% de 60 a 69 años y el 1% correspondía al rango mayor de 90 años.²⁰

2.2. TEORÍAS:

TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos, e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo, esta es, la educación para la salud. ²¹

Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio del empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. ²¹

De forma más sencilla, el MPS, descrito por Nola Pender, pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. ²¹

MODELO TRANSTEORÉTICO DE LAS ETAPAS DE CAMBIO.

Este modelo, cuyo máximo exponente es Prochaska, se basa en la asunción de que el cambio de conducta es un proceso y que los individuos están a distintos niveles de motivación o disponibilidad para cambiar de conducta. Por ello, los métodos a usar para conseguir un determinado cambio de conducta no pueden ser genéricos o universales, porque las personas no están todas en las mismas etapas. El modelo identifica cinco etapas o niveles: ²²

- **Precontemplación:** Cuando no existe interés en modificar la conducta en el futuro cercano, seis meses a efecto de esta teoría.

- **Contemplación:** Cuando se piensa cambiar de conducta alguna vez.

- **Preparación:** Cuando se tiene tomada la decisión de modificar una conducta y están mentalizándose para ello, pero sin la confianza suficiente para empezar el proceso.

- **Acción:** Cuando se realizan modificaciones en su estilo de vida y conducta.

- **Mantenimiento:** Cuando se mantiene la conducta a lo largo del tiempo.

Según este modelo cada persona se mueve entre las diferentes etapas hasta llegar a cambiar su conducta, por lo que es clave identificar el nivel en que se encuentra un individuo o un grupo. Así también, tienen una gran importancia los procesos de cambio, que son actividades que las personas utilizan para progresar entre las distintas etapas y proporcionan guías importantes para los programas de intervención en promoción de salud.²²

2.3. BASE CONCEPTUAL:

2.3.1. ADULTO MAYOR

DEFINICIÓN

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término "Adulto Mayor" para referirse a las personas mayores de 60 años y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejo, aciano, gerente, entre otras.³

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud (2002) considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.³

A partir del año 1996, La Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General.³

2.3.2. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

El estado nutricional se define como la condición corporal resultante del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo. Existe una estrecha relación entre el estado de salud de la población, el estado nutricional y la aparición de diversas patologías tales como la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo II, síndrome X y ciertos tipos de cáncer, las cuales se asocian con un índice de masa corporal (IMC) elevado y una distribución centralizada de la adiposidad corporal.^{23, 24}

El estado nutricional del adulto mayor se ve afectado por las características del envejecimiento que es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares, celulares y fisiológicos; los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente, y en parte se deben a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida. Los cambios del proceso de envejecimiento afectan de manera diferente a las personas, unas permanecen sanas siempre que su estado nutricional sea bueno, sin embargo, una proporción creciente de otras personas se vuelven frágiles, con disminución de la función visual, incremento de las alteraciones cognitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, lo que pueden reducir sus posibilidades, la

disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. Todo ello puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes.²⁵

Existe un sin número de factores de riesgo que facilitan o provocan malnutrición en el senescente, entre las que se pueden destacar: la falta de educación nutricional, una ingesta inapropiada de alimentos (cantidad y/o calidad), la pobreza, el aislamiento social, la dependencia y/o discapacidad, las patologías asociadas (agudas y/o crónicas), los tratamientos farmacológicos, la edad avanzada, y los trastornos afectivos y cognitivos.²⁶

Existen elementos relacionados con el envejecimiento que se asocian en forma directa con una malnutrición, y preferentemente con una desnutrición. Entre ellos destaca la mayor labilidad emocional en los adultos mayores, la que muchas veces los motiva a no comer, como una forma de protestar o de llamar la atención, así como también la ingesta exagerada, producto de estados ansiosos o de soledad. También se encuentra disminuida la sensación del gusto y del olfato, por lo que existe menor posibilidad de diferenciar sabores. Las papilas gustativas que más se afectan son las de la parte anterior de la lengua, las que diferencian gustos dulces y salados. Por otra parte, los adultos mayores presentan menor acidez gástrica, un retardo en el vaciamiento intestinal y una movilidad intestinal disminuida, además de las interferencias propias de la ingesta de diversos medicamentos a la vez.²⁷

Por otro lado, los cambios en el cuerpo y la disminución de la actividad física, van a producir variaciones en las necesidades a la hora de la nutrición. Los adultos mayores necesitan menos calorías y un poco más de proteínas que los jóvenes.²⁷ Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, es un agravante que se asocia a

numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico en el curso de patologías agudas. Se sabe que en los senescentes existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos. Por otra parte, un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de la función en los diferentes órganos y sistemas.²⁷

Los problemas en el estado nutricional como el sobrepeso y la obesidad están ligados a la morbilidad y el riesgo de mortalidad puede verse incrementado de un 50 a un 100% más aún, la obesidad es considerada como un principal factor de riesgo cardiovascular. El Ministerio de Salud (MINSA) señala que la obesidad ocurre por diversos factores, como la inactividad física, una alimentación rica en grasas y azúcares, antecedentes hereditarios y factores endocrinos. Es necesario incentivar la cultura alimentaria, ya que la población tiene una mala nutrición ya sea por deficiencia o por exceso en la ingesta de comidas.²⁸

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Según la OMS, la evaluación Nutricional es la interpretación de la información obtenida de estudios antropométricos, bioquímicos y/o clínicos; que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o de poblaciones".²⁹

Según el Ministerio de Salud del Perú, la valoración o evaluación nutricional, es el conjunto de procedimientos que permite determinar el estado nutricional de una persona, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y determinar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional. Y la valoración o evaluación nutricional antropométrica es la determinación de la valoración nutricional de la persona adulta mayor, mediante la toma de peso, medición de la talla y otras medidas antropométricas.³⁰

La evaluación clínica del estado nutritivo pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, cambios en la ingesta o cambios en el peso, como la capacidad funcional del individuo. De esta forma, la evaluación del estado nutricional debe incluir antropometría, algunos parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física, como evaluar patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes.³¹

MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS PARA EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR.

Aunque el mayor atractivo de la antropometría en la evaluación del estado nutricional es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria, las mediciones aisladas son de limitado valor. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en ancianos considerando que la función y problemas de salud asociados, son aún materia de debate. Más aún, las medidas antropométricas pueden no aportar una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral que ocurre con la edad. Aun así, las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica, y por su sencillez son las más utilizadas.³¹

Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el anciano son: peso, talla, pliegues tricipital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, muy útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los ancianos.³¹

Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de Quetelet (peso Kg/ talla² m) o índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.³¹

PESO CORPORAL:

Es la medición de la masa corporal de un individuo expresada en kilogramos. Constituye una medida aproximada del almacenamiento corporal total de energía. Varía durante el envejecimiento y de acuerdo al sexo, no sólo entre los individuos sino también en un mismo individuo.³¹

TALLA:

Es la estatura o altura, es una medición lineal de la distancia desde el piso o superficie plana donde está parado, hasta la parte más alta (vértice) del cráneo. Es una composición de dimensiones lineales a la que contribuyen las extremidades inferiores, el tronco, el cuello y la cabeza.³¹ Debe ser medida siguiendo procedimientos estandarizados que aseguren la calidad del dato. La reducción de la talla con la edad es un hecho evidente y es el resultado de la compresión vertebral, el cambio en la altura y la forma de los discos vertebrales, la pérdida del tono muscular y los cambios posturales.³⁰

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

El I.M.C. o Índice de Quetelet: Es una medida de asociación entre el peso corporal de la persona con su talla elevada al cuadrado. Fue ideado por el estadístico belga L.A.J. Quetelet cuya fórmula de cálculo es: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{talla (m)} / \text{talla (m)}$, Donde el peso está expresado en kilogramos y la talla en metros.³¹ El I.M.C. puede clasificarse en las siguientes categorías:

IMC \leq 23,0 (Delgadez): Las personas adultas mayores con un IMC \leq 23,0 son clasificadas con valoración nutricional de "Delgadez", que es una malnutrición por déficit, y puede estar asociado a diferentes problemas, tales como: psíquicos (depresión, trastornos de memoria o confusión, 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.

IMC $>$ 23,0 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.

IMC \geq 28 a $<$ 32 (Sobrepeso): Las personas adultas mayores con un IMC de \geq 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.

IMC \geq 32 (Obesidad): Las personas adultas mayores con un IMC \geq 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.

2.3.3. ESTILOS DE VIDA

DEFINICIÓN.

El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica. Como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir, expresado en los ámbitos de comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. En su forma más llana, el estilo de vida, es el modo, forma y manera de vivir.³²

Algunas áreas de la ciencia, utilizan este término en un sentido más específico. Por ejemplo en epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que a veces son saludables, y otras son nocivos para la salud.³²

Por otro lado, el constructo estilo de vida se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, actividades, rutinas cotidianas o hábitos, todos estos, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo.³³

Ahora bien, en relación al adulto mayor, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez 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 de estilos de vida, se aplica al comportamiento individual, especialmente a patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo.³⁴

ESTILO DE VIDA SALUDABLE:

A pesar de no existir una definición aceptada internacionalmente sobre estilo de vida saludable, la mayoría de los autores lo definen como “un conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones en la salud de las personas”. En lo que no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por los individuos.³⁵ se inclina por la elección voluntaria al afirmar que, “Estilo de vida saludable, es un patrón de comportamiento consciente, que se aprende mediante la práctica persistente del conocimiento adquirido, para el cultivo de la sabiduría o disfrute de mayor salud y bienestar humano”. El modelo médico ha defendido el carácter exclusivamente voluntario de tal elección, sin embargo, los autores de orientación psicosocial entienden la elección como involuntaria en cierta medida, ya que reconocen la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento del estilo de vida.³⁶

Un estilo de vida saludable viene a ser “Una forma de vida, con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve. Dicho estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de auto cuidado, que contrarrestan los factores nocivos”.³⁷

Los estilos de vida son determinados por la presencia 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. ³⁴

Factores Protectores

- Alimentación Saludable.
- Ejercicio Físico.
- Factores Psicológicos saludables.
- Conocimiento de prácticas sanitarias.

ESTILO DE VIDA NO SALUDABLE:

Se entiende como estilo de vida no saludable a todas aquellas conductas de un individuo, contrarias a lo establecido como estilos de vida saludables, las mismas que lo conllevarán al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias, entre otras; transformándose en factores de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades llamadas por la OMS como las “enfermedades de los estilos de vida”.³⁸

Factores De Riesgo:

- Alimentación Inadecuada.
- Sedentarismo.
- Consumo de sustancias nocivas.
- Estrés.
- Aislamiento social.
- Desmotivación personal.
- Desconocimiento de prácticas sanitarias.

DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA.

Las dimensiones del estilo de vida consideradas para este estudio son las siguientes: alimentación, ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad social, apoyo interpersonal y autorrealización.¹⁹

Dimensión de 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.¹⁹

Dimensión de actividad y ejercicio: Es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto mayor.¹⁹

Dimensión de 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.¹⁹

Dimensión de 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 de modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud.¹⁹

Dimensión de apoyo interpersonal: Es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser eminentemente social, para lo cual él requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le

permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno. ¹⁹

Dimensión de autorrealización: Se refiere a la adopción del adulto mayor a su inicio como persona en la tercera edad, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia él mismo como adulto mayor, alcanzando la superación y la autorrealización. ¹⁹

2.4. HIPÓTESIS

Existe relación entre los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Estado Nutricional	Cuantitativa continua	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. ²³	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad		≥19-23 > 23 y < 28 ≥ 28 y < 32 > 32	Razón
Estilos de Vida	Cuantitativa discreta	Es el modo de vivir, expresado en los ámbitos de comportamiento, como las costumbres; moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. En su forma más llana, el estilo de vida, es el modo, forma y manera de vivir. ³²	Dimensiones De Estilos De Vida	Saludable No saludable	75 – 100 puntos 25 – 74 puntos	Razón

				Dimensión de Alimentación.	24 puntos	Razón
				Dimensión de Actividad y ejercicio.	08 puntos	Razón
				Dimensión de Manejo del estrés	16 puntos	Razón
				Dimensión de Apoyo interpersonal.	16 puntos	Razón
				Dimensión de Autorrealización.	12 puntos	Razón
				Dimensión de Responsabilidad en salud	24 puntos	Razón

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo porque estuvo diseñado para evaluar, predecir y estimar las actitudes y comportamiento de las personas adultas mayores, referente a sus estilos de vida en relación con su estado nutricional, mediante una serie de estrategias de muestreo. Así mismo fue descriptivo porque se centró en recolectar datos que describan la situación tal y como es, en un solo momento y en un tiempo único. De corte transversal porque midió a las variables en un solo momento y correlacional porque determinó el grado de relación o asociación entre variables, esto es, los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.

El área de estudio se llevó a cabo en la ciudad de Chota, en el Jr. Coronel Becerra y el Jr. 30 de Agosto, ambas calles con gran afluencia de adultos mayores, que podían ser captados con facilidad.

El distrito de Chota se ubica en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital del mismo nombre, se encuentra en la meseta de Akunta a 2,388 msnm y a 150 Km al norte de Cajamarca o a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque. Nuestro país se localiza en el hemisferio sur, en cuanto nos referimos a Cajamarca se encuentra más próximo a esta línea ecuatorial con una latitud de 7°12'05" y nuestra ciudad de Chota se ubica más al norte de la capital departamental, por este lugar pasa el paralelo 6°33'48". Chota específicamente la ciudad capital, se encuentra a 2,388 msnm de altitud. Sus límites son :

- ✓ **NORTE:** Con las Provincias de Ferreñafe y Cutervo.
- ✓ **SUR:** Con las Provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz.
- ✓ **ESTE:** Con el Río Marañón que es el límite con la Provincia de Luya.
- ✓ **OESTE:** Con las Provincias de Chiclayo y Ferreñafe.

3.3. POBLACIÓN.

La población para el presente estudio estuvo conformada por 1657 adultos mayores de 60 años. Datos estadísticos de proyección realizados por la DISA – Chota.

3.3.1. MUESTRA:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error permisible del 5%, se aplicó la siguiente fórmula para una población conocida:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

α : Grado de confianza (0.95)

Z: Valor de la distribución normal estandarizado (1.96)

P: Proporción de la población adulta mayor (0.5)

Q: (1-P): Proporción de la población adulta mayor que no tienen las variables a evaluar (0.5).

N: Tamaño de la población adulta mayor total

E: Máximo error permisible (0.05)

Entonces, se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(1657)}{(0.05)^2 (1657 - 1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.25)(1657)}{(0.0025)(1656) + (3.84)(0.25)}$$

$$n = \frac{1590.72}{4.14 + 0.96}$$

$$n = \frac{1590.72}{5.1}$$

$$n = 311$$

Una vez obtenida la población muestral, debido a lo extenso de ésta, se le hizo un ajuste con la siguiente fórmula, para luego proceder a ejecutarla de forma aleatoria con la población seleccionada.

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = \frac{311}{1 + \frac{311}{1657}}$$

$$n = \frac{311}{1 + 0.18}$$

$$n = \frac{311}{1.18}$$

$$n = 263$$

3.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas adultas mayores de 60 años a más que residan en la ciudad de Chota.
- Personas adultas mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que den su consentimiento informado.

3.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos mayores que presenten alguna enfermedad limitante.
- Adultos mayores que presenten problemas de comunicación, neurológicos y/o psicológicos.
- Adultos mayores con déficit en la audición.

3.3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Fue cada persona adulta mayor que formó parte de la muestra.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TÉCNICAS:

Se utilizó la entrevista aplicada a los adultos mayores así como la evaluación antropométrica (control del peso y la talla).

INSTRUMENTOS:

Se utilizó "La Escala de Estilo de Vida"³⁹, elaborada por Walker, Sechrist y Pender, en 1990, modificado por las licenciadas en Enfermería Díaz R; Delgado R; y Reyna E (2010), (Ver Anexo N° 02). 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 (Ver Anexo N° 03). 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 (**Ver Anexo N° 04**). Para este estudio, tras recurrir al análisis de un grupo de expertos en investigación, se realizaron cambios parciales y totales en las premisas de las preguntas N° 02, 04, 05, 08, 13, 19 y 24.

Este instrumento estuvo conformado por un total de 25 ítems, y consideró las siguientes dimensiones: autorrealización, responsabilidad de salud, ejercicio, alimentación, apoyo interpersonal y manejo del estrés. 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, 22, 23, 24, 25

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

- Nunca: N = 1
- A veces: V = 2
- Frecuentemente: F = 3
- Siempre: S = 4

El puntaje máximo del instrumento es 100 y el puntaje mínimo es 25. Los puntajes obtenidos para la escala total resultaron del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems, de la misma manera se procedió en cada sub escala (**ver anexo 2**).

Para la puntuación final se tuvo en cuenta que para Estilo de vida saludable será de: 75-100 puntos y para Estilo de vida no saludable de 25-74 puntos.

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.

El segundo instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue la Ficha de Valoración Nutricional del Adulto Mayor, elaborado por la metodóloga del departamento de metodología de la investigación de la Universidad Nacional de Trujillo, Silva L y utilizado en el estudio de Elcorrobarrutía M. y Flores S (2010); la cual sirvió para registrar los resultados de peso, talla, índice de masa corporal y el diagnóstico nutricional, éste último según lo establecido por el MINSA de acuerdo a las tablas de valoración nutricional según IMC (**Ver Anexo N° 05**).

Características: La tabla de valoración nutricional antropométrica según IMC para personas adultas mayores, consiste en un sobre rectangular con una abertura central por donde se visualizan los valores referenciales de peso para la talla, correspondientes a los valores límites de clasificación nutricional según IMC (**Ver Anexo N° 06**), contenidos en un encarte o lámina interior movable. Además, contiene las instrucciones sobre su manejo, signos de alerta a considerar y en el reverso, la Ficha del Mini Examen de Valoración Nutricional. (**Ver Anexo N° 07**).

- ✓ **Uso:** Para el uso de la tabla, se deben cumplir los siguientes pasos:
- Realizar la toma de peso y medición de la talla de la persona adulta mayor.
 - Deslizar el encarte de la Tabla de Valoración Nutricional hasta ubicar en la abertura del sobre la columna Talla (expresada en metros), aquella correspondiente a la persona evaluada.
 - Ubicar en las columnas de Pesos (expresados en kilogramos), el rango en el que se ubica el peso de la persona.

- Identificar en qué intervalo del IMC se ubica el peso de la persona.
- Clasificar la valoración nutricional según IMC. Para ello, en la parte superior de la abertura y por encima de los rangos de intervalo de IMC se ubica la clasificación correspondiente.
- Registrar la clasificación de la valoración nutricional.

3.5. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS:

3.5.1 VALIDEZ

Se aseguró la validez presentando el instrumento del anexo 02, encuesta de "Escala de Estilos de Vida" a un grupo de expertos en el área a investigar, de la Universidad Nacional de Cajamarca – Sede Chota, quienes con sus sugerencias brindaron mayor calidad y especificidad a dicho instrumento.

3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizaron los siguientes pasos:

- Primeramente se procedió a ir en busca de los adultos mayores de casa en casa por diversas calles de la ciudad de Chota, escogidas aleatoriamente, no obteniendo disponibilidad para atendernos, por lo que posterior a ello, se instaló los equipos de antropometría en dos puntos estratégicos de la ciudad de Chota, por donde hay gran tránsito y afluencia de personas adultas mayores que podían ser captadas con facilidad, estos dos lugares escogidos se ubicaron en el Jr. Coronel Becerra y el Jr. 30 de Agosto.
- Una vez captados los adultos mayores, se le saludó cordialmente junto a las personas que en algunos casos lo acompañaban, luego se les informó sobre el objetivo del trabajo para así solicitar que

firmaran el consentimiento de su participación, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos serían estrictamente confidenciales.

- Enseguida se dio lectura al cuestionario para recolectar información sobre los estilos de vida del adulto mayor.
- Finalmente, se procedió a la medición antropométrica de peso y talla con los equipos estandarizados teniendo en cuenta el manual utilizado por el MINSA.

3.7. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:

Los datos estadísticos obtenidos fueron tabulados y procesados con metodología estadística, presentados en tablas simples y de doble entrada. Para el análisis o interpretación de los resultados se utilizó un software especializado en estadística y epidemiología, el SPSS Statistics versión 21. Para determinar la relación entre variables, se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios Chi cuadrado a un nivel de significancia del 5 % y para la presentación del informe final se utilizó el editor de texto Microsoft Office Word.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Polit, F. (2000)⁴⁰ señala que los principales criterios éticos a tener en cuenta son:

3.8.1. Rigor ético:

En relación a la ética: se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos que aseguraron la validación del trabajo de investigación:

participante pueda negarse a realizarlo o retirarse en cualquier momento, si considerase que cualquier de sus derechos pudiera verse amenazado, en este trabajo de investigación los adultos mayores decidieron participar en la investigación.

- **Principio de no maleficencia:** Principio de la bioética que afirma el deber de hacer que el beneficio sea mejor que el maleficio. En la investigación se tuvo en cuenta sobre los beneficios, puesto que no corrieron riesgos de hacer daño al adulto mayor, ya que sólo se buscó recoger información, más no se realizó experimentos en ningún adulto mayor.
- **Principio de Justicia:** La muestra se eligió al azar, por lo cual todos los adultos mayores tuvieron la posibilidad de ser elegidos para el trabajo de investigación.
- **Principio de Beneficencia:** El presente trabajo de investigación benefició a los adultos mayores, para conocer la importancia de una buena práctica de estilos de vida y de esta manera poder mantener un buen estado nutricional. Además, esta investigación servirá de base para que las autoridades de salud de Chota tengan conocimiento si los estilos de vida de los adultos mayores son saludables o no, y según los resultados, realizar intervenciones pertinentes en dicho grupo etario.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. CIUDAD DE CHOTA. 2014

Estilos de Vida	N°	%
No saludable	218	82,9
Saludable	45	17,1
Total	263	100,0

En la tabla 1 se muestran los estilos de vida del adulto mayor, el 82,9% de los adultos mayores en estudio tienen estilos de vida no saludables, y el 17,1%, presentan un estilo de vida saludable.

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.

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 son muy limitados.

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 cimienta 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.

TABLA 2. DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. CIUDAD DE CHOTA. 2014

Dimensiones De Estilos De Vida	No saludable		Saludable		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alimentación	236	89,7	27	10,3	263	100,0
Actividad y ejercicio	216	82,1	47	17,9	263	100,0
Manejo del estrés	110	41,8	153	58,2	263	100,0
Apoyo interpersonal	163	62,0	100	38,0	263	100,0
Autorrealización	114	43,3	149	56,7	263	100,0
Responsabilidad en salud	188	71,5	75	28,5	263	100,0
Total	218	82,9	45	17,1	263	100,0

$X^2 = 11.258$

$P = 0.01$

En la tabla 02, se presentan las dimensiones que conforman los estilos de vida de los adultos mayores del presente estudio, observándose que en cuanto a la dimensión de alimentación, el 89,7% se encontró con un estilo de vida no saludable, manifestando no llevar una ingesta de alimentos balanceados, así como malos hábitos alimentarios por lo que el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, y que permite el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, y el mantenimiento en general de la vida, no es el adecuado para las necesidades nutricionales de los adultos mayores. Sin embargo, los resultados también muestran que el 10,3% de la población en estudio si mantiene un estilo de vida saludable en esta misma dimensión, reflejando así una adecuada educación en salud puesta en práctica en su alimentación.

En la dimensión de actividad y ejercicio, se obtuvo como resultados que el 82,1% de los adultos mayores en estudio no presentaban un estilo de vida saludable y el 17,9% sí; siendo estos últimos quienes realizan una correcta actividad física y ejercicio, elementos que evitan o retardan la manifestación

de algunas enfermedades y las complicaciones de salud, asociadas con el sobrepeso y la obesidad. Igualmente, un estilo de vida activo mejora el estado del ánimo, alivia la depresión y facilita el tratamiento del estrés; y a largo plazo mejora la autoestima, la agilidad mental y la interacción social.

En cuanto a la dimensión del manejo del estrés, el 58,2% de nuestra población en estudio manifestó esforzarse por controlar y reducir la tensión que surge cuando una situación es considerada difícil, mediante acciones coordinadas, sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés, influyendo de manera positiva en sus estilos de vida, y el 42,8% manifestó lo contrario, atribuyendo que a su edad es difícil lidiar con situaciones estresantes y sobre todo si no se cuenta con apoyo interpersonal y las condiciones necesarias para resolver sus problemas.

Con respecto a la dimensión de apoyo interpersonal, es preocupante ver como la mayoría de la población en estudio representada por el 62% manifestó no recibirlo por parte de otras personas, y en muchos de los casos ni siquiera de su propia familia, y el 38% indicó lo contrario, partiendo de estos datos se considera a ésta una dimensión en la cual hace falta trabajar por ser al adulto mayor un ser eminentemente social, para lo cual requieren de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que les permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno.

En la dimensión de autorrealización, los adultos mayores participantes en este estudio mostraron que el 56,7% se encontraban satisfechos con los logros conseguidos durante toda su vida, llegando así a la autorrealización, y el 43,3% indicó no sentirse plenamente satisfechos con los logros obtenidos en etapas anteriores de sus vidas. Concerniente a los datos mayoritarios la literatura refiere que en cuanto a la adopción del adulto mayor a su inicio como persona en la tercera edad, tienen como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia él mismo como adulto mayor, alcanzando así la superación.

Finalmente, en cuanto a la dimensión de responsabilidad y salud en el adulto mayor, se obtuvo que el 71,5% practican estilos de vida no saludables, ya que los resultados reflejan descuido por la mayoría de ellos en lo que respecta a prevención de salud, además de no tomar en cuenta en su totalidad las recomendaciones del personal médico, y de un marcado desinterés en modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud. Por el contrario el 28,5% de la población de estudio restante manifestó practicar un estilo de vida saludable en esta dimensión, mostrando una evidente preocupación por su salud y actuando en consecuencia para alcanzar y mantener su bienestar.

Los resultados obtenidos se sustentan con las bases teóricas, las mismas que indican que es importante tener en cuenta, que así como no hay un estado ideal de salud, tampoco hay un estilo de vida "óptimo y único" para todo el mundo, puesto que aspectos como la cultura, el ambiente del hogar, el trabajo, los ingresos económicos, la edad, las capacidades físicas individuales y el estado de salud, influyen en el modo de vida y en la calidad de ésta, haciendo que algunos estilos de vida se acerquen más a lo "saludable" en tanto que otros se alejan de dicho propósito.

En este sentido, la meta es conseguir que las alternativas más saludables sean también las de mayor y fácil elección, teniendo en cuenta la situación actual de la persona, el contexto en el cual se desenvuelve y la satisfacción de sus necesidades básicas tal como lo muestra el modelo transteorético de las etapas del cambio.

Por lo tanto, podemos señalar que los estilos de vida están determinados, no por comportamientos aislados, sino por el conjunto dimensiones con pautas y hábitos comportamentales que se asumen cotidianamente, y la interacción entre ellos es lo que hace que los estilos puedan ser definidos como saludables o no.

**TABLA 3. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES.
CIUDAD DE CHOTA, 2014.**

Estado nutricional	N°	%
Delgadez	94	35,7
Normal	111	42,2
Sobrepeso	45	17,1
Obesidad	13	4,9
Total	263	100,0

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 57,7% de ellos tiene un estado nutricional inadecuado, donde el 35,7% se encuentra con delgadez, el 14,1% tiene sobrepeso y el 4,9% tiene obesidad; siendo sólo el 42,2% 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.

Otro estudio relacionado es el de Mego L. y Cotrina P. (2010), quienes 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)

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.

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.

Como lo indica el Ministerio de Salud (MINSA - 2011) 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.

Asimismo, el MINSA (2011) 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.

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 42,2% de adultos mayores tiene un peso adecuado, 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.

Cabe señalar, que es preocupante ver en nuestra población estudiada la inadecuada frecuencia de ingesta de alimentos, ya que de toda la muestra encuestada sólo un 79,5% (**Ver Anexo 08**) manifestó consumir sus alimentos durante tres veces al día, así también se encontró un alto porcentaje de personas con dietas no balanceadas y hábitos alimentarios inadecuados; como es el bajo consumo de carne, legumbres, vegetales, frutas, y agua, teniendo por el contrario, un alto consumo de ingredientes artificiales, con un desconocimiento casi total de la información registrada en las etiquetas o empaques de la comida que ingieren.

Así, se puede señalar que el estado nutricional de las personas adultas mayores en estudio 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. Por tanto, es necesario incentivar la cultura alimentaria, ya que la población en su mayoría, tiene una mala nutrición, ya sea por deficiencia o por exceso en la ingesta de comidas saludables o insalubres.

TABLA 4. ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR. CIUDAD DE CHOTA. 2014

Estilo de vida	Estado nutricional							
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No saludable	83	88,3	82	73,9	41	91,1	12	92,3
Saludable	11	11,7	29	26,1	4	8,9	1	7,7
Total	94	100,0	111	100,0	45	100,0	13	100,0

$$X^2 = 11.258$$

$$P = 0.01$$

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, que como ellos explican, se debe en la mayoría de los casos al desconocimiento sobre prácticas saludables y a la carencia de bienes económicos y servicios, aunado a los malos hábitos alimenticios; lo cual se ve reflejado al realizarles un diagnóstico nutricional, el mismo que arrojó como resultados un inadecuado estado nutricional ya sea por defecto o por exceso en su índice de masa corporal.

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.

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.

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.

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 de la ciudad de Chota.

CONCLUSIONES

El presente estudio nos lleva a concluir lo siguiente:

1. Los adultos mayores de la ciudad de Chota en su mayoría no practican un estilo de vida saludable en cuanto a nutrición, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, y responsabilidad en salud; mientras que, una minoría sí lo practican.
2. El adulto mayor en su mayoría presenta un estilo de vida saludable para las dimensiones de manejo de estrés y autorrealización, y un estilo de vida no saludable en las dimensiones de alimentación, actividad y ejercicio, apoyo interpersonal y responsabilidad en salud.
3. Tras la evaluación del estado nutricional del adulto mayor en la ciudad de Chota durante el año 2014, se obtuvo como resultados que la mayoría de ellos (57,7%) tienen un mal estado nutricional, donde el 35,7% presentan delgadez, el 17,1% presenta sobrepeso y el 4,9% presenta obesidad. Sin embargo el 42,2 % de los sujetos de estudio presentaron un estado nutricional normal adecuado para su edad.
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, demostrándose así la hipótesis formulada.

RECOMENDACIONES

- A los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca, divulgar los resultados del presente trabajo de investigación con la finalidad de promover e implementar programas de promoción y prevención que permitan a las personas adultas mayores practicar estilos de vida saludables, favoreciendo la práctica de la actividad física, el control de peso, una dieta nutritiva y balanceada, el manejo del estrés, responsabilidad en salud, entre otros.
- Al próximo Alcalde de la Municipalidad Provincial de Chota, que procure fortalecer alianzas estratégicas en favor de la promoción y adopción de estilos de vida saludables, los cuales deben ser congruentes con un adecuado estado nutricional de nuestra población de adultos mayores.
- A la Presidenta Ejecutiva de EsSalud, estipular resoluciones sobre el monitoreo del estado nutricional del grupo etario de adultos mayores, monitorizando los controles de peso y talla, teniendo en cuenta sus estilos de vida, y de esta manera impartir conocimientos sobre la importancia de la práctica de estilos de vida saludables y de un adecuado estado nutricional, persuadiéndolos a una actitud de cambio y empoderamiento de prácticas saludables.
- Al Director General del Ministerio de Salud (MINSA), se sugiere promover los trabajos de investigación enfocados al adulto mayor, recabar datos estadísticos de este grupo etario y plantear estrategias de salud pública, incidiendo en promoción y prevención en salud, así como en el diagnóstico nutricional y tratamiento oportuno de la población senil en riesgo.
- A todos los investigadores que continúen realizando nuevos trabajos de investigación en el tema a fin de formar una línea de base.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coronado L. Nutrición, Deporte y Formación Física. [Monografía en internet]. Departamento de Ciencias Aplicadas. Facultad de Cultura Física. Universidad de Ciego de Ávila–UNICA. Cuba. [Citada 2014, Mayo 09]. Disponible desde URL: <http://ntic.uson.mx/wikisalud/index.php/H113.Cyted>.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. [publicación en internet]. [Citada 2014, Noviembre 09]. Disponible desde URL: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Dirección de Personas Adultas Mayores. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006 – 2010. [Artículo en internet]. Perú 2010. [Citado 2014 Mayo 10]. Disponible en URL: http://www.grupovigencia.org/docs/marco_legal/plan_nac_pam_2006_2010.pdf
4. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Cuadernos sobre poblaciones vulnerables 2013 – 2017. [Documento público en internet]. [Citado 2014 Noviembre 10]. Disponible en URL: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor, abril – mayo – junio 2014. [Informe técnico en Internet]. Lima. 2014 [Citado 2014 Noviembre 18]. Disponible desde URL: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-_abr-may-jun-2014.pdf

6. Ministerio de Salud. Dirección General de las Personas. Lineamientos Para La Atención Integral De Salud De Las Personas Adultas Mayores. [Monografía en Internet]. Lima. 2005 [Citado 2014 Mayo 12]. Disponible desde URL: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf>
7. González L, Rodríguez A. Planteamiento De Un Centro De Día Gerontológico Basado En Las Condiciones Socioeconómicas, Culturales Y De Salud De Las Personas Mayores De Sesenta Años De La Ciudad De Tunja En El Año 2004. [Artículo en internet]. Biblioteca Las casas. Tunja 2004. [Citada 2014 Mayo 12]. Disponible desde URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0125.pdf>
8. 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 2014, Mayo 15]. Disponible desde URL: http://www.minsa.gob.pe/portal/especiales/2007/nutricion/adulto_mayor.asp
9. Carrasco V. Malnutrición en el anciano [Artículo en Internet]. Madrid-España 2006. [Citado 2014 Mayo 15]. Disponible desde URL: <http://bvs.insp.mx/articulos/5/2/092001.htm>
10. Contreras M. Norma técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica del Adulto Mayor. [Monografía en internet]. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Área de Normas-CENAN/INS. Lima 2005 [Citado 2014, Mayo 15]. Disponible desde URL: http://www.hospitalhualaral.gob.pe/imagenes/biblioteca/NUTRICION/Norma_Val_Nut_ADULTO_MAYOR.pdf

- 11.** Juárez L. Evolución del estado Nutricional del Adulto Mayor. [serie en Internet]. Monterrey. México. RESPYN. 2005. [Citado 2014 Mayo 15]. [Disponible desde URL: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-16-2005/documentos/02.htm>
- 12.** Servicio Nacional del Consumidor. Tercera Edad: Recomendaciones para una alimentación saludable. [Artículo en Internet]. SERNAC Santiago 2009. [Citado 2014, Mayo 18]. Disponible desde URL: <http://www.sernac.cl/estudios/detalle.php?id=1097>
- 13.** Vara A. Calidad y Satisfacción de Vida de Adultos Mayores de 60 años. Estudio piloto y Análisis Psicométrico. [Artículo en Internet]. Lima 2007. [Citado 2014 Mayo 20]. Disponible desde URL: http://www.aristidesvara.com/investigaciones/psicologia/calidad_vida/Psicogerontologia05.htm
- 14.** Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. [Documento en Internet]. Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación. Colombia 2001. [Citado 2014, Mayo 20]. Disponible desde URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
- 15.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Situación de salud de la persona adulta mayor 2012. [Documento en Internet]. Perú 2013 [Citado 2014, Noviembre 20]. Disponible desde URL: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf

16. Cárdenas H. Estado Nutricional de Adultos Mayores según Índice de Masa Muscular. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. Facultad de Medicina "Hipólito Unanue". Universidad Nacional Federico Villarreal Lima, Perú 2009. [Citado 2014, Mayo 22]. Disponible desde URL : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-346620040003000003&script=sci_arttext
17. Elcorrobarrutia M. Flores S. Estilos de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor. En la Urb. La Libertad, Chimbote 2010. [Informe de tesis en Internet]. Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, Facultad De Ciencias De La Salud, Escuela Profesional De Enfermería. La Libertad, Chimbote – Perú 2010. [Citado 2014, Mayo 22]. Disponible desde URL : <http://es.scribd.com/doc/166163640/Tesis-Adulto-Mayor>.
18. Torrejón C. Reyna E. Estilo de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor. [Tesis en Internet]. Distrito de Santa, Chimbote- Perú 2012. [Citado 2014, Noviembre 26]. Disponible desde URL : <file:///E:/Users/Home/Downloads/116-419-1-PB.pdf>
19. Acosta A, Rodríguez Y. Estilos de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor [Tesis en Internet]. Pueblo Joven Florida Baja Chimbote- Perú 2012. [Citado 2014, Mayo 22]. Disponible desde URL : <http://enfermeria.uladech.edu.pe/es/investigacion/finish/17-2013/86-estilo-de-vida-y-estado-nutricional-del-adulto-mayor-ana-maria-acosta-ruiz>
20. Gonzales J. Evaluación Del Estado Nutricional de un Grupo De Adultos Mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana. [Trabajo de grado en Internet]. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad De Ciencias, Carrera De Nutrición y Dietética. Bogotá D.C. Junio 7 de 2011. [Citado 2014, Mayo 23]. Disponible desde URL : <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>

- 21.** 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. [Artículo de Revisión en Internet]. UNAM, Facultad De Ciencias. México Diciembre - 2011. [Citado 2014, Noviembre 26] Disponible desde URL : <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
- 22.** Prochaska J. Redding C. Evers K. El modelo transteórico y etapas de cambio. Citado por Rueda J. Manzano I. Darío R. Pérez A. Zuazagoitia J. Zulueta G. La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-08. [Citado 2014, Noviembre 26]. Disponible en URL: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>.
- 23.** Ministerio de Salud. Alimentación y Nutrición Saludable en la etapa del Adulto Mayor de 60 a más años. Lima–Perú.2010 [Citado Mayo 23]. Disponible en URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/102.pdf>
- 24.** Servicio Nacional del Consumidor. Nutrición del Adulto Mayor. Recomendaciones para una Alimentación Saludable. [Monografía de internet]. Chile 2004 [Citado 2014, Mayo 23]. Disponible en URL: www.sernac.cl/download.php?id=1097&n=1
- 25.** Rosas I, Landa L. Recomendaciones dietéticas para adultos mayores. [artículo de internet]. Lima; 2007. [Citado 2014, Mayo 23]. Disponible desde URL: http://64.233.169.132/search?q=cache:6od342_3lzYJ:www.infarmate.org/pdfs/mayo_junio07/recomendaciones.pdf+cambio+fisiologico+que+ocurren+en+la+nutricion+en+el+adulto

- 26.**Alvarado M. Ministerio de Salud. Alerta que obesidad incrementa en más de 50% riesgos de muerte de personas. México; 2006. [Artículo periodístico en internet]. [Citado 2014, Mayo 24]. Disponible desde URL:<http://www.ortomolecular-obesidad.com/2006/04/minsa-alerta-que-obesidad-incrementa.html>
- 27.**Cortés P. Evaluación Nutricional 2011 (Artículo en internet). [Citado 2014, Mayo 24]. Disponible en URL:http://fpct.es/pdf/Val_NUTRICION.pdf
- 28.**MINSA. Guía Técnica Para La Valoración Nutricional Antropométrica De La Persona Adulta Mayor .Ministerio de Salud, Perú 2012. [Guía Técnica en internet] Citado 2014, Mayo 24]. Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2858.pdf>
- 29.**Escuela de Medicina Pública. Evaluación Del Estado Nutricional En El Anciano. (manual geriátrico en internet). [Citado 2014, Mayo 24]. Disponible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Nutricion.pdf>
- 30.**Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Valoración Nutricional Antropométrica durante la Etapa de Vida Adulto Mayor Mujer y Varón. [Norma Técnica en internet].NTS N°.-MINSA / INSCENAN [Citado 2014, Mayo 24]. Disponible desde URL:www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx?2,4,234,O,S,0
- 31.**Malina R. Antropometría. [Artículo de internet]. EE.UU. Copyright 2009. [Citado 2014, Mayo 24]. Disponible en URL: <http://www.sobreentrenamiento.com/Publice/Articulo.asp?ida=718>
- 32.**Pastor, Yolanda, Balaguer, Isabel y García-Merita, Marisa (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. Revista de Psicología de la salud 1998; 10 (1): 15-52 [Citado 2014, Noviembre 28]. Disponible desde URL: <http://www.uv.es/uipd/en/miembro8.html>

- 33.** Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. Disponible en URL: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/9275315906.pdf?sequence=1>
- 34.** Reyes E., Silvia. "Factores que intervienen a llevar estilos de vida saludables en el personal de los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres en el Hospital San Vito, Petén". Julio 2008 [Citado 2014, Noviembre 28]. Disponible desde URL: http://Biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8580.pdf
- 35.** Gómez J., Jurado M, Viana B., Hernández M "Estilos y calidad de Vida" Revista Digital. Buenos Aires. Noviembre 2005 [Citado 2014, Noviembre 28]. Disponible desde URL: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm> > (Noviembre 2011)
- 36.** Zegers B. (1993) *Evolución de la Vida Afectiva. Tiempo nuevo para el adulto mayor*, Editor P. Paulo Marín, Universidad Católica de Chile, pág 124. Citado por Barrón V. en su tesis *Estilos De Vida De Personas Mayores De 65 Años Económicamente Activas De Chillán Y Valparaíso. Chile*. Disponible en URL: http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis_barron.pdf
- 37.** Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. *El Ejercicio y Su Salud. Su Guía Personal para Mantenerse sano y Fuerte*. [Apéndice de Glosario en Internet]. Lima; 2007. [Citado 2014, Mayo 28]. Disponible desde el URL: http://www.iqb.es/libros_online/el_ejercicio_y_su_salud.pdf
- 38.** Dionisio F, Zaldívar P. *Prevención del estrés en la tercera edad*. [Artículo de Internet]. La Habana; 2004. [Citado 2014, Mayo 20]. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5940>

- 39.** Walker S, Pender N. "Escala de Estilo de Vida", [Instrumento modificado y validado en internet]. Perú 2010. [Citado 2014, Mayo 29]. Disponible desde URL: <http://es.scribd.com/doc/166163640/Tesis-Adulto-Mayor>.
- 40.** Polit D, Hungler B Investigación Científica en Ciencias de la Salud. [Libro en internet]. Ed. Interamericano–Mc. Graw-Hill; 4ta ed. México. 2000. [Citado 2014, Mayo 15]. Disponible desde URL: <http://www.casadellibro.com/libro-investigacion-cientifica-en-ciencias-de-la-salud-6-ed/9789701026908/732682>

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TITULO: ESTILOS DE VIDA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO
MAYOR DE LA CIUDAD DE CHOTA, 2014**

AUTORA: VIGIL CIEZA, Karla Doris

PROPÓSITO: Determinar el estilo de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor de la Ciudad de Chota, 2014.

Yo,..... acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas. La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento

FIRMA DEL ENCUESTADO

FIRMA DE LA ASESORA

FIRMA DE LA AUTORA

ANEXO N° 02

ESCALA DE ESTILOS DE VIDA

AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Modificado Por: Lic. Enf. Raquel Díaz Ceclén, Lic. Enf. Elena Reyna

Marquez, Lic. Enf. Rocío Delgado Zavaleta (2010)

N° ÍTEMS	DIMENSIONES	CRITERIOS			
	ALIMENTACIÓN	N	V	F	S
01	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida				
02	Ud. Consume alimentos balanceados, que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.				
03	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día				
04	Incluye en su alimentación el consumo de frutas				
05	Escoge y consume comidas que no contenga ingredientes artificiales o químicos.				
06	Lee Ud. Las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO	N	V	F	S
07	Hace Ud. Ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana				
08	Diariamente Ud. Realiza acciones que incluyan el movimiento activo de la mayor parte de su cuerpo.				
	MANEJO DEL ESTRÉS	N	V	F	S
09	Ud. 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 siestas, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración, etc.				
APOYO INTERPERSONAL		N	V	F	S
13	Con que frecuencia mantiene conversaciones con los demás				
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás				
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas				
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles, recibe apoyo de los demás				
AUTORREALIZACIÓN		N	V	F	S
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado en toda su vida				
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
19	Realiza actividades que lo hagan sentir conforme con sus actos				
RESPONSABILIDAD EN SALUD		N	V	F	S
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica aun cuando no presente molestias				
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud				
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico				
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.				
24	Participa en actividades como sesiones educativas, orientación y consejería en salud, campañas de salud, lectura de libros de salud				
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas				

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

- NUNCA: N = 1
- A VECES: V = 2
- FRECUENTEMENTE: F = 3
- SIEMPRE: S = 4
- *En el ítem 25 el criterio de calificación, el puntaje es al contrario.*

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos.

- SALUDABLE: 75 a 100 puntos.
- NO SALUDABLE: 25 a 74 puntos.

ANEXO N°03

VALIDEZ INTERNA DE LA ESCALA ESTILO DE VIDA

Para la validez de la escala de Estilos de Vida, se aplicó la fórmula R de Pearson en cada uno de los ítems, obteniéndose:

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2} \cdot \sqrt{N\sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

R – PEARSON		
Ítem 1	0.35	
Ítem 2	0.41	
Ítem 3	0.44	
Ítem 4	0.10	(*)
Ítem 5	0.56	
Ítem 6	0.53	
Ítem 7	0.54	
Ítem 8	0.59	
Ítem 9	0.35	
Ítem 10	0.37	
Ítem 11	0.40	
Ítem 12	0.18	(*)
Ítem 13	0.19	(*)
Ítem 14	0.40	
Ítem 15	0.44	
Ítem 16	0.29	
Ítem 17	0.43	
Ítem 18	0.40	
Ítem 19	0.20	
Ítem 20	0.57	
Ítem 21	0.54	
Ítem 22	0.36	
Ítem 23	0.51	
Ítem 24	0.60	
Ítem 25	0.04	(*)

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido. (*) Se creyó conveniente dejar ítems por su importancia en el estudio

ANEXO 04

CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DEL ESTILO DE VIDA.

AUTOR: Elcorrobarrutia M. Flores S.

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS:

CASOS	Nº	%
Válidos	27	93.1
Excluidos(as)	2	6.9
Total	29	100.0

A eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD:

ALFA DE CROMBACH	Nº DE ELEMENTOS
0.794	25

ANEXO N° 05

FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

N°	PESO	TALLA	IMC	DIAGNÓSTICO 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				

ANEXO N° 06

TABLAS DE VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

MAYOR

ADULTO MAYOR

CLASIFICACIÓN						
PESO (kg)						
Porcentaje	Delgadez			Normal	Sobrepeso	Obesidad
	0	1	2			
IMC	< 19	≥ 19	≥ 21	> 23	≥ 28	≥ 32
1,33	32,1	33,4	33,9	47,3	54,9	
1,31	32,6	36,0	39,5	48,0	54,9	
	33,1	36,5	40,1			
			37,1			

Encarte →

Sobre →

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC ADULTO MAYOR (≥ 60 AÑOS)



CLASIFICACIÓN						
PESO (kg)						
Porcentaje	Delgadez			Normal	Sobrepeso	Obesidad
	0	1	2			
IMC	< 19	≥ 19	≥ 21	> 23	≥ 28	≥ 32
1,33	44,4	49,1	53,9	65,5	74,9	

Abertura central del sobre por donde se visualizan los valores impresos en el encarte →

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna Tabla de la tabla de adulto mayor la edad del mayor.
- Compare el peso del adulto mayor con los valores de peso que aparecen en el resultado y el factor.

Valor del peso	Clasificación	Porcentaje para total
Menor de 44,4 kg	Delgadez	100
Entre 44,4 y 49,1 kg	Delgadez	100
Entre 49,1 y 53,9 kg	Delgadez	100
Entre 53,9 y 65,5 kg	Normal	3
Entre 65,5 y 74,9 kg	Sobrepeso	3
Mayor de 74,9 kg	Obesidad	3

SIÑOS DE ALERTA:

- La pérdida de 7,5 kg en tres meses debe alertar a los trabajadores de salud, porque pueden ser precursor de una discapacidad.
- Cuando el IMC de normalidad sea en 1,5 entre dos de los últimos tres.
- Cuando el IMC de obesidad o los valores de los de la discapacidad.
- El aumento de Puntos de Riesgo a 4 y 5 en 2 años.
- Cuando el IMC de IMC en adultos mayores a la normalidad por el aumento de Puntos de Riesgo de la Tabla de la Tabla de Obesidad.

INDICADOR GENERAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

INDICADOR ANTROPOMÉTRICO **INDICADOR DE RIESGOS**

VALORACIÓN GLOBAL

VALORACIÓN SUBJETIVA

VALORACIÓN OBJETIVA

TOTAL DE PUNTOS RESULTADO

*** La IMC Valoración Nutricional es para uso del especialista**

Nota: Este cuestionario es un instrumento de evaluación de la salud del adulto mayor, no es un diagnóstico médico. Los resultados deben ser interpretados por un profesional de la salud.



Ministerio de Salud - Perú

Centro Nacional de Promoción y Prevención de la Salud

Av. Alameda 1001, Lima 1, Perú

Teléfono: (01) 476 0000

Correo electrónico: info@minsa.gob.pe

Fecha de publicación: 2018

Revisión: 2018

Elaboración: Equipo Técnico de Promoción y Prevención de la Salud

Revisión: Comité Asesor de Promoción y Prevención de la Salud

Difusión: Oficina de Asesoría Técnica de Promoción y Prevención de la Salud

ANEXO N° 07

VALORES CONTENIDOS EN EL ENCARTE DE LA TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL ANTROPOMETRICA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

Puntaje MINI talla (m)		CLASIFICACIÓN					
		PESO (kg)					
		Delgadez			Normal	Sobrepeso	Obesidad
1	2	3	3	3	3		
IMC	< 19	<= 19	>=21	>=23,1	>=28	>= 32	
1.30		32.1	35.4	38.9	47.3	54.0	
1.31		32.6	36.0	39.5	48.0	54.9	
1.32		33.1	36.5	40.1	48.7	55.7	
1.33		33.6	37.1	40.7	49.5	56.6	
1.34		34.1	37.7	41.3	50.2	57.4	
1.35		34.6	38.2	42.0	51.0	58.3	
1.36		35.1	38.8	42.6	51.7	59.1	
1.37		35.6	39.4	43.2	52.5	60.0	
1.38		36.1	39.9	43.9	53.3	60.9	
1.39		36.7	40.5	44.5	54.0	61.8	
1.40		37.2	41.1	45.1	54.8	62.7	
1.41		37.7	41.7	45.8	55.6	63.6	
1.42		38.3	42.3	46.4	56.4	64.5	
1.43		38.8	42.9	47.1	57.2	65.4	
1.44		39.3	43.5	47.7	58.0	66.3	
1.45		39.9	44.1	48.4	58.8	67.2	
1.46		40.5	44.7	49.1	59.6	68.2	
1.47		41.0	45.3	49.8	60.5	69.1	
1.48		41.6	45.9	50.4	61.3	70.0	
1.49		42.1	46.6	51.1	62.1	71.0	
1.50		42.7	47.2	51.8	63.0	72.0	
1.51		43.3	47.8	52.5	63.8	72.9	
1.52		43.8	48.5	53.2	64.6	73.9	
1.53		44.4	49.1	53.9	65.5	74.9	
1.54		45.0	49.8	54.6	66.4	75.8	
1.55		45.6	50.4	55.3	67.2	76.8	
1.56		46.2	51.1	56.0	68.1	77.8	
1.57		46.8	51.7	56.7	69.0	78.8	
1.58		47.4	52.4	57.5	69.8	79.8	
1.59		48.0	53.0	58.2	70.7	80.8	
1.60		48.6	53.7	58.9	71.6	81.9	
1.61		49.2	54.4	59.7	72.5	82.9	
1.62		49.8	55.1	60.4	73.4	83.9	
1.63		50.4	55.7	61.2	74.3	85.0	
1.64		51.1	56.4	61.9	75.3	86.0	
1.65		51.7	57.1	62.7	76.2	87.1	
1.66		52.3	57.8	63.4	77.1	88.1	
1.67		52.9	58.5	64.2	78.0	89.2	
1.68		53.6	59.2	65.0	79.0	90.3	
1.69		54.2	59.9	65.7	79.9	91.3	
1.70		54.9	60.6	66.5	80.9	92.4	
1.71		55.5	61.4	67.3	81.8	93.5	
1.72		56.2	62.1	68.1	82.8	94.6	
1.73		56.8	62.8	68.9	83.8	95.7	
1.74		57.5	63.5	69.7	84.7	96.8	
1.75		58.1	64.3	70.5	85.7	98.0	
1.76		58.8	65.0	71.3	86.7	99.1	
1.77		59.5	65.7	72.1	87.7	100.2	
1.78		60.1	66.5	72.9	88.7	101.3	
1.79		60.8	67.2	73.7	89.7	102.5	
1.80		61.5	68.0	74.6	90.7	103.6	
1.81		62.2	68.7	75.4	91.7	104.8	
1.82		62.9	69.5	76.2	92.7	105.9	
1.83		63.6	70.3	77.1	93.7	107.1	
1.84		64.3	71.0	77.9	94.7	108.3	
1.85		65.0	71.8	78.8	95.8	109.5	

ANEXO N° 08

TABLA 5. DIMENSIONES DE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR. CIUDAD DE CHOTA. 2014.

DIMENSIONES DE ESTILOS DE VIDA	ESTADO NUTRICIONAL								Valor p
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Alimentación									0,519
No saludable	87	92,6	96	86,5	41	91,1	12	92,3	
Saludable	7	7,4	15	13,5	4	8,9	1	7,7	
Total	94	100,0	111	100,0	45	100,0	13	100,0	
Actividad y ejercicio									0,158
No saludable	75	79,8	88	79,3	40	88,9	13	100,0	
Saludable	19	20,2	23	20,7	5	11,1	0	0,0	
Total	94	100,0	111	100,0	45	100,0	13	100,0	
Manejo del estrés									0,383
No saludable	44	46,8	44	39,6	19	42,2	3	23,1	
Saludable	50	53,2	67	60,4	26	57,8	10	76,9	
Total	94	100,0	111	100,0	45	100,0	13	100,0	
Apoyo interpersonal									0,375
No saludable	62	66,0	62	55,9	30	66,7	9	69,2	
Saludable	32	34,0	49	44,1	15	33,3	4	30,8	
Total	94	100,0	111	100,0	45	100,0	13	100,0	
Autorrealización									0,241
No saludable	46	48,9	44	39,6	21	46,7	3	23,1	
Saludable	48	51,1	67	60,4	24	53,3	10	76,9	
Total	94	100,0	111	100,0	45	100,0	13	100,0	
Responsabilidad en salud									0,043
No saludable	75	79,8	70	63,1	32	71,1	11	84,6	
Saludable	19	20,2	41	36,9	13	28,9	2	15,4	
Total	94	100,0	111	100,0	45	100,0	13	100,0	