

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO
MAYOR ESSALUD - CAJAMARCA 2017

PRESENTADO POR:

BACHILLER EN ENFERMERÍA KAREN DÍAZ VALDERRAMA

ASESORA:

M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores

CAJAMARCA-PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by
KAREN DÍAZ VALDERRAMA
Todos los derechos reservados.

A:

Dios por haberme regalado la vida y llamado a servir a mi prójimo, a mis padres y hermanos porque cada vez que he querido renunciar han sido los que me dan el valor para continuar, a Manu y a los chicos pues son parte de mi sueño y esta investigación es una promesa abierta que un día podremos lograrlo.

Karen

GRACIAS:

A Blanca, Jorge, María Jesús y Ronny que son ejemplo de vida y de lucha constante por alcanzar todo lo que te propones.

A la M. Cs. Yeny Olga Iglesias Flores por su paciencia y apoyo durante el proceso de esta investigación. A todos los docentes universitarios que influyeron en mi formación académica.

A Lulu y Toby quienes me ayudaron de manera incondicional en la elaboración de este estudio. A Limisu, Smile, Owly, Longman y para aquellos que de alguna u otra manera fueron parte de esta experiencia.

“No siempre podemos hacer grandes cosas, pero sí podemos hacer cosas pequeñas con gran amor”

Madre Teresa de Calcuta

CONTENIDO

	Páginas
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
EPÍGRAFE	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. JUSTIFICACIÓN	8
1.4.OBJETIVOS	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivos específicos	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1.ANTECEDENTES DE ESTUDIO	11
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL	11
2.1.2. A NIVEL NACIONAL	11
2.1.3. A NIVEL LOCAL	13
2.2. BASE TEÓRICA	14
2.2.1. Adulto Mayor	14
2.2.2. Estilos de vida	14
2.2.3. Estado nutricional	17
2.2.3.1.Estado nutricional del adulto mayor	18
2.2.3.2.Evaluación del estado nutricional del adulto mayor	19
2.2.4. Modelo de promoción de la salud	19
2.3. HIPÓTESIS	23
2.4. LAS VARIABLES	23

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	29
3.2. UNIDAD DE ANÁLISIS	29
3.3. POBLACIÓN	30
3.4. MUESTRA	30
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	30
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	32
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	32
3.9. CRITERIOS ÉTICOS	32
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	55
APÉNDICE	66

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Tabla 1: Características sociodemográficas de los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor – Cajamarca 2017.	34
Figura 1: El Estilo de vida del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.	35
Tablas 2: El Estilo de vida según dimensiones de los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.	36
Figura 2: El estado nutricional: Índice De Masa Corporal de los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.	
Tablas 3: El estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca	39
Tabla 4: El estilo de vida y estado nutricional según de los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca	40

RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo correlacional corte transversal, tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud, Febrero 2017. La muestra estuvo constituida por 180 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: la escala del estilo de vida y la ficha de valoración nutricional según índice de masa corporal para el adulto mayor de 60 años a más; los mismos que fueron procesados a través del programa estadístico SPSS versión 21.0. Se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado, con 95% de confianza, para determinar la relación que existe entre las variables, concluyendo lo siguiente: La mayoría de los adultos mayores participantes en el estudio tienen un estilo de vida no saludable. Según las dimensiones del estilo de vida la de actividad física y crecimiento espiritual del estilo de vida obtuvieron los mayores porcentajes de conducta saludable.

En el estado nutricional cerca de la mitad de los participantes se encuentran en estado nutricional alterado, representado por sobrepeso que alcanza más de la cuarta parte y la diferencia corresponde a obesidad y delgadez. No existiendo relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los Adultos Mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor de EsSalud $P > 0,05$; sin embargo según sexo para los hombres existe relación altamente significativa de Chi cuadrado $P < 0,003$.

Palabras claves: Adulto Mayor, Estilo de Vida y Estado Nutricional

ABSTRACT

This research paper follows the descriptive-correlational and cross-sectional design. Its objective was to determine the relation between lifestyles and nutritional status in elderly of Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud, February 2017. The sample consisted of 180 senior citizens. Two instruments were used to collect data: the Lifestyle Rating Scale and the Nutritional Valuation Form according to the Body Mass Index (BMI) for senior citizens 60 or plus years old, which were processed by SPSS software version 21.0. Chi-square test was used at 95% statistical confidence level in order to determine how the variables are related. The results led to the conclusion that almost all participants considered for this research paper are leading unhealthy lifestyles. Based on the lifestyle rating dimensions, we can conclude that the highest scores regarding healthy behaviors are those of physical activity and spiritual growth. Concerning for nutritional status, less than half the participants present an altered nutritional status, overweight represents the quarter of the sample; whereas, the other quarter consists of obese or underweight individuals. There is not significative relation between lifestyle and nutritional status in the elderly of Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud $P > 0,05$; nonetheless, it is noticed that lifestyle and nutritional status have a significant positive correlation for males, as shown by the Chi-square $P < 0,003$.

Key words: Elderly, lifestyle, nutritional status

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años el envejecimiento de la población mundial es uno de los cambios demográficos más importantes; originado por la disminución de la natalidad y mortalidad mundial. En el Perú, este fenómeno va tomando mayor relevancia por los efectos económicos y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea; pero sobre todo, a las necesidades de salud a que da lugar. Debido a que el envejecimiento es asociado con el incremento del riesgo a enfermedades crónicas como las cardiovasculares y el cáncer, es de esperar un fuerte aumento de la necesidad de servicios sociales y médicos (1).

La prevalencia de este tipo de enfermedades que afecta el proceso natural del envejecimiento, en gran medida se debe a los factores de riesgo: consumo de tabaco, uso nocivo de alcohol, inactividad física, obesidad, perfil lipídico alterado y al consumo de una dieta no balanceada. La modificación de estos factores no saludables va recibiendo mayor importancia en la salud pública, puesto que evidencias demuestran que controlándolos, las limitaciones funcionales que son fuertemente asociadas con la edad avanzada son prevenibles y pueden conducir a una vida más saludable, activa e independiente (2).

Bajo este contexto se decidió realizar este estudio de investigación que tuvo como propósito, determinar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor en la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca, Febrero 2017. El presente estudio está estructurado por capítulos, de la siguiente manera: Capítulo I detalla el problema que conlleva a realizar esta investigación, y su respectiva justificación; además de la formulación de los objetivos. Capítulo II aborda el marco teórico, donde se desarrollan los antecedentes del estudio, la definición de términos que nos sirven para fundamentar el trabajo, la hipótesis, las variables y su operacionalización. Capítulo III presenta la metodología de la investigación, tipo y ámbito de estudio, población y muestra, recursos, métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, procesamiento, análisis y presentación de datos. Capítulo IV presenta los resultados de la investigación en tablas con su respectiva interpretación y discusión. Finalizando con las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) por primera vez en la historia del mundo, hoy en día la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los sesenta años e incluso más allá. Entre el 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%. En Perú, el crecimiento de la población de ancianos es también una realidad. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%) (3) (4).

En los últimos diez años la esperanza de vida en el país se ha incrementado en 2,5 años, durante el quinquenio 2000-2005 la esperanza de vida de la mujer peruana era de 81,4 años y del hombre 78,8 años. En cambio, en el quinquenio 2010-2015, la esperanza de vida de la mujer subió a 82,7 años y la del hombre a 79,8 años. Se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional de adultos mayores sea de 3'726.534 y represente así el 11,2% de la población peruana, lo cual generara nuevas demandas y una mayor inversión en lo concerniente al campo de la salud y seguridad social (4).

Uno de los puntos más importantes que surge del envejecimiento progresivo de las personas, es la calidad de vida de las personas mayores. Por lo que, el poder tener una buena calidad de vida, depende de cuan bien las personas mayores puedan prevenir las limitaciones funcionales, la desnutrición y las enfermedades crónicas, para lo cual los estilos de vida juegan un rol trascendente. El concepto de la calidad de vida ha adquirido mayor protagonismo entre quienes alcanzan la tercera edad que ya no se conforma con vivir una larga existencia: ahora también persigue llegar a

dicha edad en el mejor estado físico y mental. Una alimentación adecuada es el primer paso para lograrlo, pero enmarcada dentro de un estilo de vida saludable, que comprende también la práctica regular ejercicio según la condición física individual y el abandono de hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol, auto medicación), sin olvidar la importancia de mantener la mente ocupada en actividades lúdico-recreativas (5) (6).

El alcance de las oportunidades de una mayor longevidad dependerá, en gran medida, de un factor clave, la salud. Si las personas viven esos años adicionales en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran será apenas diferente a la de una persona más joven. Pero si esos años adicionales se caracterizan por disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas (3).

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 saludablemente y estilos de vida poco saludables que conducen al deterioro (7). Es por ello que los adultos mayores tienen mayor riesgo de presentar enfermedades, especialmente de carácter crónico degenerativo, resultantes de la interacción de factores genéticos y ambientales, que incluyen estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades (8).

La salud de los adultos mayores se asocia al estilo de vida saludable, debido a que, este es un promotor de salud que procura el bienestar del ser humano y los no saludables se asocian a factores de riesgo que contribuyen a la presencia de las enfermedades en este grupo (9). Nola Pender, autora del Modelo de Promoción de la Salud, se refiere al estilo de vida como las conductas que toma el individuo frente a las dimensiones de responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento

espiritual, relaciones interpersonales y el manejo del estrés. Y estas conductas definirían a los estilos de vida saludables y no saludables antes mencionados(10).

La nutrición es un papel muy importante en el proceso de envejecimiento a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en el anciano. El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas (8).

El estado nutricional puede ser valorado a través del índice de masa corporal (IMC), se le conoce también como índice de Quetelet y es la relación entre el peso corporal de la persona con la talla elevada al cuadrado, que se utiliza para la valoración nutricional antropométrica, que según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en su Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores 2013, clasifica en estado de delgadez ($IMC \leq 18,5$), normal ($18,5 < IMC < 25$), sobrepeso ($25 \leq IMC < 30$) y obesidad ($IMC \geq 30$). Es importante recalcar que la clasificación de la valoración nutricional con el IMC es referencial en esta etapa de vida, debido a que las modificaciones corporales que ocurren durante el proceso de envejecimiento, afectan las medidas antropométricas como el peso y la talla requiriendo que la persona adulta mayor sea evaluada de manera integral (11).

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; puede llevar a la desnutrición de los adultos mayores, haciéndoles más vulnerables a enfermedades y a sufrir accidentes. Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y al agravamiento de patologías agudas (12).

Los problemas de salud del adulto mayor relacionados a su estado nutricional es un asunto que debe tomarse en cuenta desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad identificando algunos estilos de vida no saludables como la falta de ejercicio, el sedentarismo, inadecuada alimentación, que provocan enfermedades, más aún si se considera el bajo acceso a los servicios de salud (seguridad social), a los programas especializados y el alto costo de los tratamientos, con las consecuentes irreparables pérdidas (13).

Los organismos internacionales encargados de la salud: OMS y OPS han emprendido en las últimas décadas campañas en favor de la Promoción de la salud, para reducir los riesgos de las patologías y estimular el auto-cuidado para la obtención de mejores condiciones de vida (7). Para que las intervenciones tengan efectos duraderos en la prevalencia de los factores de riesgo y la salud de las sociedades, es esencial asimismo modificar el entorno en el que se desarrollan estas enfermedades resultantes de los cambios en los hábitos alimentarios, la globalización de las dietas y la reducción generalizada de la actividad física han agravado en general los factores de riesgo y, probablemente, también las enfermedades sufridas en consecuencia (14).

El Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector del sistema nacional de salud es el encargado de proveer de atención a los adultos mayores mediante la estrategia de salud del adulto mayor, que se encarga de realizar actividades preventivas promocionales, así como, atenciones curativas al usuario geriátrico. Específicamente, no existen programas preventivos, los existentes básicamente están orientados a la curación de patologías ya declaradas. Todas las dependencias del MINSA como de EsSalud, no cuentan con la cantidad suficiente de profesionales especializados en la atención de la persona adulta mayor, tampoco profesionales especializados en el trabajo de prevención de enfermedades, ni promoción de la salud (15).

Aun cuando existen profesionales en geriatría, estos se encuentran localizados en clínicas y consultorios particulares, lo que impide al grueso de esta población a acceder a una atención especializada. 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, psíquico y nutricional como parte de este proceso (15).

Situación que se evidenció durante las prácticas profesionales en el Centro del Adulto y Adulto Mayor, que desarrolla EsSalud tanto en Contumazá como en Cajamarca. Tal es así, que en la Posta Médica de Contumazá, el equipo de salud programaba actividades preventivas promocionales teniendo poca acogida por los adultos mayores; sin embargo, los pocos que asistían llegaban cansados, tristes y acongojados incluso se quedaban dormidos (16).

En Cajamarca se evidenció la misma situación aunque la participación de los adultos mayores en estos programas es más concurrida que en Contumazá, posiblemente porque existe mayor población adulta mayor. A esta problemática se suma, el hecho de que al haber mayor demanda se acortan los tiempos en la atención, limitando por ejemplo la evaluación nutricional solo al control del peso; y la talla, se la obtiene por referencia registrada en la primera cita; generando en muchos casos, un diagnóstico nutricional alterado que varía significativamente mes a mes. Aun así, se pudo observar adultos mayores con sobrepeso y obesidad y otros con delgadez extrema (16).

Por lo tanto, se considera que la atención que recibe el adulto mayor no es la más adecuada, pues por la demanda del servicio e insuficiente personal, el tiempo de la atención es muy corto y limitado, provocando un desgano o un sentimiento repulsivo hacia los encargados del programa; situación que es una barrera para la aceptación de todas las consejerías de prácticas de vida saludable.

Bajo este contexto, se ha decidido estudiar los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor atendido en el Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca y dar respuesta a la siguiente interrogante.

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor, Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los estilos de vida influyen durante toda nuestra existencia, pero los resultados de haberlos llevado inadecuadamente se manifiestan después, en la adultez; ya que es en ésta etapa donde se desarrollan las enfermedades crónicas-degenerativas. Sin embargo, la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, reportan beneficios absolutos para los individuos y las poblaciones de edad avanzada; y es preciso maximizar la salud evitando o retrasando las discapacidades prevenibles (14).

Por esta razón esta investigación pretende evaluar cómo son los estilos de vida de un adulto mayor, y cómo estos influyen en su estado nutricional puesto que estos son dos ejes fundamentales en la salud, que permitirán describir la situación de los adultos mayores. Logrando en un futuro ser base para establecer políticas más puntuales y estrategias de intervención, que aumenten los años de vida y la calidad con que se viven.

Como muestran las estadísticas, actualmente la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años y para el 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, con un aumento de 900 millones con respecto a 2015; por ello, siendo consciente de que el Perú no es ajeno a esta situación, pues la población está envejeciendo de manera lenta pero inexorable, con diferente grado de volumen e intensidad, además de tener una proyección de que el grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010 a 6.5 millones en 2050 (17) (18).

Así mismo, el MINSA reportó que la prevalencia de desnutrición en adultos mayores es más alta que la encontrada en menores de 60 años, 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, por lo que esencial actuar de inmediato, para ello es necesario el conocimiento de la realidad de este grupo etario en nuestra

región, lo que permitirá construir las herramientas de intervención con mayor fundamento; por lo que enfatizamos, que los resultados de esta investigación serán de mucha utilidad (15).

Además, sabiendo que la forma de la alimentación tiene mucha relación con la calidad de vida de las personas y en mi experiencia de internado, al trabajar de manera cercana con adultos mayores, se observó que muchos de ellos presentan un estado nutricional que desfavorece y/o pone en riesgo su situación de salud; situación que se ve reflejada en las estadísticas del Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables que muestra que más de una quinta parte (21.4%) de los hogares peruanos presenta al menos un adulto mayor con déficit calórico. Esto se debe a hábitos alimenticios y nutricionales poco saludables, aparte de la insuficiente ingesta calórica-proteica (18).

Se considera de vital importancia la realización de este trabajo de investigación para poder enfrentar los desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local. Además, servirá a los profesionales de la salud y autoridades involucradas para formular nuevas estrategias que faciliten la vida de los adultos mayores. Por último, este estudio será base para futuras investigaciones que deseen ampliar y profundizar en este tema.

1.4.OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general:

Determinar la relación de los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor en la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca 2017.

1.4.2.Objetivos específicos:

1. Determinar algunas características sociodemográficas del adulto mayor en la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca.

2. Identificar los estilos de vida del adulto mayor en la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca.
3. Identificar el estado nutricional del adulto mayor en la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca.
4. Establecer la relación de los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor en la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO:

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

De la Montaña J, Areal C y Míguez M. Venezuela (2009) evaluaron el riesgo nutricional mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) en una población anciana no institucionalizada, concluyendo que la mayoría de la población es mayor de 81 años y se clasificó en situación de “riesgo nutricional” en base al valor del MNA, siendo este menor en las mujeres, lo que indica un peor estado nutricional en el sexo femenino. En la cuarta parte de la población, detectaron, la presencia de factores de riesgo como la pérdida de peso, haber sufrido recientemente alguna enfermedad o demencia, poli-medicación y la movilidad restringida. En general los hábitos dietéticos indican que más de la mitad no incluye alimentos proteicos de forma habitual en alguna de las comidas diarias y la ingesta diaria de líquidos es inferior a la recomendada. Esta población considera que no tiene problemas nutricionales y la autopercepción de su estado de salud es satisfactoria (19).

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Aguilar G. Lima (2013) investigó sobre el Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo; cuyas conclusiones fueron que, la mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida saludable lo cual es beneficioso para su salud, evidenciándose en adecuados hábitos alimenticios, la práctica de ejercicios, el buen descanso y sueño, las buenas relaciones Interpersonales, evitando los hábitos nocivos y el buen control de las emociones (9).

Torrejón C. y Reyna E. Chimbote (2012), en su estudio Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor Chimbote-Perú, concluyeron que más de la mitad de los adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable y un menor porcentaje,

saludable. En relación al estado nutricional se encontró que menos de la mitad de los adultos mayores presentan estado nutricional normal; más de la cuarta parte, sobrepeso; menos de la quinta parte, delgadez; y más de la décima parte obesidad. Esto se debe a la responsabilidad y/o iniciativa de la familia en el cuidado de su salud, buscando información concerniente a una buena, adecuada, equilibrada, variada y gastronómica nutrición, siendo su comida fácil de preparar, estimulante de apetito y de fácil masticación y digestión (15).

Pardo Y. y Rodríguez Y. Chimbote (2012), estudiaron el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del pueblo joven la Unión; llegando a la conclusión que la mayoría de adultos mayores, presenta un estilo de vida no saludable y un mínimo porcentaje tiene un estilo de vida saludable. En cuanto al estado nutricional de los adultos mayores, cerca de la mitad presenta un estado nutricional normal; casi la cuarta parte presenta sobrepeso; un porcentaje menor presenta delgadez y una mínima parte, obesidad. Los adultos mayores con estilo de vida no saludable presentan en mayor porcentaje estado nutricional normal, sobrepeso, delgadez y obesidad, respectivamente; y los adultos con estilo de vida saludable presentan en mínimo porcentaje obesidad, sobrepeso normal y delgadez, respectivamente (20).

Elcorrobarrutia M. y Flores S. Chimbote (2010), investigaron sobre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en Chimbote, concluyendo que el mayor porcentaje tienen un estilo de vida no saludable, mientras que un menor porcentaje tienen un estilo de vida saludable. Más de la mitad de los adultos mayores tienen un estado nutricional normal, una cuarta parte presenta delgadez y sobrepeso y una mínima parte obesidad. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores(12).

Acosta A. y Rodríguez Y. Chimbote (2012), en su investigación "Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en el Pueblo Joven Florida Baja" Lima, concluyeron que el mayor porcentaje de adultos presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el menor porcentaje presentan un estilo de vida saludable. Respecto al estado nutricional, la mayoría de los adultos mayores presentan un estado

nutricional normal, con un menor porcentaje de delgadez, sobrepeso y poco porcentaje significativo de obesidad; el estado nutricional de los adultos mayores se ve influenciados por muchos factores y no al consumo de alimentos; por tal razón, los resultados llegan a concluir en esta investigación que el estilo de vida no tiene relación con el estado nutricional del adulto mayor(21).

Cribillero M. y Vélchez M. Chimbote (2015), en su estudio “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor, pueblo joven El progreso” concluyeron que la mayoría de los adultos mayores presenta un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo tiene un estilo de vida saludable. Sobre los factores biosocioculturales del adulto mayor del pueblo joven El Progreso, se obtiene que más de la mitad es de sexo masculino, menos de la mitad tiene grado de instrucción secundaria, la mayoría es católica, menos de la mitad es casada, la mayoría tiene otras ocupaciones y un ingreso menor de S/.400 mensuales (22).

2.1.3. A NIVEL LOCAL

Vigil K. Chota (2014), realizó un estudio sobre los estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor, teniendo como propósito determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota. Tuvo como muestra 263 adultos mayores residentes en la ciudad de Chota. Los resultados establecen que el 82,9% de adultos mayores de la ciudad de Chota no practican estilos de vida saludables en cuanto a las dimensiones nutrición, actividad y ejercicio, apoyo interpersonal y responsabilidad en salud; y en manejo de estrés y autorrealización si tienen estilos de vida saludables. En el estado nutricional del adulto mayor 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 estilos de vida y estado nutricional de los adultos mayores en esa ciudad(23).

Quispe M., María y Roncal R., Cajamarca 2013 en su investigación "Estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del Adulto Mayor. La Tullpuna. Cajamarca, 2013", cuyo objetivo fue determinar y analizar los estilos de vida y su relación con las enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. Concluyen que los estilos de

vida inadecuados guardan relación estadísticamente significativa con la enfermedad crónica degenerativa del sistema musculo esquelético (p value=0.029) (24)

2.2.BASE TEÓRICA

2.2.1. Adulto Mayor:

a. Definición

Se define adulto mayor a mujeres y varones que tienen una edad de 60 años en países en desarrollo y 65 años en países desarrollados. Según la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina, grandes viejos o grandes longevos, aunque todos los individuos se agrupan igualmente en el ciclo del adulto mayor (25).

El envejecimiento es un proceso fisiológico de cambios sufridos por el individuo que empieza desde el momento mismo del nacimiento, ocurre de forma diferente en cada persona e incluye modificaciones orgánicas, sistémicas, funcionales (a nivel físico y cognitivo) y psicológicas, enmarcadas por el estilo de vida, las condiciones ambientales y sociales, y, en gran medida, las tendencias alimentarias a lo largo de la vida (26).

En el Perú el 30 de junio del 2016 se publica en el Diario Oficial Peruano la ley de las personas adultas mayores 30490, donde en el Artículo 2°.- Persona Adulta Mayor indica: “entiéndase por persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años de edad” (28).

2.2.2. Estilos de vida:

Duncan Pedersen en un sentido restringido, define a los estilos de vida como los aspectos relacionados con el comportamiento individual. Desde una perspectiva más

amplia como manifestaciones con una dimensión colectiva y social y a su vez están determinados y modelados por el contexto social, económico y cultural (29).

La OMS define el estilo de vida como un conjunto de patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada. Dicho estilo de vida resulta de las interacciones entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en que viven las personas (9).

Arellano R (2000) dice sobre estilos de vida: “los patrones más o menos consistentes de comportamiento que caracteriza al individuo es su forma de ser y expresarse”. Pero su concepto engloba no solo elementos psicológicos sino también comportamientos y características externas, los cuales son determinadas y a su vez determinan la manera de ser y actuar futura del individuo (30).

Álvarez C citado por Aguilar G en 2016, define a los estilos de vida como el término que se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamientos son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones (31).

Todos estos investigadores o teóricos coinciden en la definición de estilo de vida como elementos importantes del comportamiento en interacción con su contexto social, ambiental, económico y cultural, sin embargo Nola Pender define a los estilos de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida, que se proyecta directamente de la salud, para comprenderle se requiere de tres categorías principales: las características y experiencias individuales, la cognición y motivaciones específicas de la conducta, y el resultado conductual (32).

La conducta que el individuo toma frente a las diversas dimensiones que miden los estilos de vida como son: la responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y el manejo del estrés, que son valoradas a través del cuestionario de Perfil del Estilos de Vida; reflejaría un estilo de vida saludable o no saludable (10).

Respecto a los estilos de vida en adulto mayor: García, Carlos concluye que la gran parte del deterioro relacionado con la tercera edad se puede atribuir, con frecuencia, al estilo de vida, a las costumbres, la dieta o al entorno en que nos movemos, los cuales pueden modificarse. Por tanto, nunca es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida más sano y cambiar ciertos hábitos con el fin de conseguir una existencia más larga y mejor(33).

Tipos de estilos de vida

a) Estilo de vida saludable

Definido como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar físico, social y espiritual del individuo (9).

Los estilos de vida que conducen a la salud son formas de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (34).

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

de estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano(9).

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables son: tener sentido de vida; mantener la autoestima; integración social y familiar; capacidad de auto cuidado, salud y control de factores de riesgo; ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio; comunicación y participación a nivel familiar y social; accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos; minimizar emociones negativas y asistir al control médico periódicamente(9).

b) Estilo de vida no saludable:

“Son los comportamientos hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida”. Es el estilo de vida no saludable los que conllevan a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal. Entre estos tenemos: mala alimentación; deficiente estado higiénico; alteraciones del sueño; baja actividad física; consumo excesivo sustancias nocivas; exposición al estrés; tener malas relaciones interpersonales (35).

2.2.3. Estado nutricional

Es la condición de salud de un individuo influida por la utilización de nutrientes. La nutrición es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora a sus propios tejidos, una serie de sustancias (nutrientes) que han de cumplir tres fines básicos como suministrar la energía necesaria para el mantenimiento del organismo y sus funciones; proporcionar los materiales necesarios para la formación, renovación y reparación de estructuras funcionales y suministrar las sustancias necesarias para regular el metabolismo (36) (37).

La nutrición puede describirse también como la ciencia de los alimentos y de otras sustancias que estas contienen, que tiene directa interacción y equilibrio con la salud y la enfermedad. Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar (36) (38).

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso (delgadez, sobrepeso y obesidad) (38).

2.2.3.1.Estado nutricional del adulto mayor

El estado nutricional es la situación de salud de la persona adulta mayor, como resultado de su nutrición, su régimen alimentario, su estilo de vida, la actividad física, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas (8) (39).

La nutrición en este grupo de edad tiene un alto riesgo de alterarse por los cambios en la fisiología del aparato digestivo, que pueden acelerarse por las condiciones y estilos de vida. El adulto mayor tiende a consumir menor cantidad de alimentos debido a la disminución de la fuerza de contracción de los músculos de masticación; la reducción progresiva de piezas dentales; la alteración de los umbrales del gusto y el olfato; los cambios en la función motora del estómago; la disminución de los mecanismos de absorción; los estilos de vida inadecuados, como el consumo de alimentos de bajo costo ricos en carbohidratos y pobres en proteínas; por otra parte, el consumo de alcohol y tabaco; la disminución de la actividad física; la posmenopausia; la depresión; el incremento de las enfermedades crónicas, y la mala calidad de vida contribuyen a incrementar la malnutrición (delgadez, sobrepeso u obesidad) en el adulto mayor (40) (41).

2.2.3.2. Evaluación del estado nutricional del adulto mayor:

Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el 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 (8).

Clasificación de la valoración nutricional según IMC del adulto mayor:

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica se debe realizar con el índice de masa corporal (IMC). En ese sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla serán utilizados para calcular el IMC a través de la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$. La valoración nutricional de las personas adultas mayores según índice de masa corporal (IMC) se clasifican en: Delgadez $\leq 23,0$; Normal > 23 a < 28 ; Sobrepeso ≥ 28 a < 32 ; Obesidad ≥ 32 (39).

La clasificación de la valoración nutricional con el IMC es referencial en esta etapa de vida, debido a que las modificaciones corporales que ocurren durante el proceso de envejecimiento, afectan las medidas antropométricas como el peso y la talla requiriendo que la persona adulta mayor sea evaluada de manera integral (11).

2.2.4. Modelo de promoción de la salud

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción, este modelo sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación (32).

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Teniendo siempre presente que hay que promover la vida saludable ya que es primordial, antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro (32).

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla (32).
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social (32).
- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones (32).

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud(32).

Por lo que el modelo de promoción de la salud fue utilizado en el presente estudio para poder estudiar de forma amplia los aspectos relevantes del estilo de vida de los adultos mayores y el estado nutricional; para posteriormente interpretar y explicar los resultados de su correlación de ambas variables.

Las Dimensiones de los Estilos de Vida

Las dimensiones de los estilos de vida, propuestas por Pender en su cuestionario de Perfil de Estilo de Vida en 1996, consideran las diferentes áreas que el ser humano está sujeto a enfrentar en su vida, la actitud que tome para ellas determinará si su conducta es saludable o no. Para la presente investigación son las siguientes: nutrición, actividad y ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad en salud, apoyo interpersonal y autorrealización. (42)

Dimensión Nutrición:

La dimensión de nutrición envuelve todo el conocimiento acerca de la selección y consumo de alimentos esenciales para el sustento, salud y bienestar. Incluye elegir una dieta diaria saludable que tenga base en la Pirámide Alimentaria. (42)

Dimensión Actividad Física:

Considera a la regular participación en ligeras, moderadas y/o en vigorosas actividades. Que pueden ocurrir de manera planeada y monitorizada a través de un programa por razones de salud y condición física, o también como parte de la vida cotidiana y de aquellas actividades de ocio y recreación. (42)

Dimensión 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 (42).

Dimensión responsabilidad en salud:

La responsabilidad en salud del adulto mayor implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye poner atención a la propia salud, educarse sobre la salud, saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, además deben modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud (42).

Dimensión Relaciones Interpersonales:

Es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser eminentemente social, para lo cual 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. Implica el uso de la comunicación para alcanzar un sentido de intimidad y cercanía dentro de relaciones significativas, a diferencia de las que no lo son (42).

Dimensión Crecimiento espiritual:

Se centra en el desarrollo de los recursos internos y busca la trascendencia, la conexión y el desarrollo personal. La trascendencia nos pone en contacto con nuestro yo equilibrado; proporciona la calma y nos da la posibilidad de crear nuevas opciones para convertirse en algo más yendo más allá de quienes somos. Nos conecta con sentimientos de paz y armonía con nosotros y el universo. Y desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar, encontrando un propósito de vida (42).

2.3. HIPÓTESIS

H 1

El estilo de vida tiene relación con el estado nutricional del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca.

H 0

El estilo de vida no tiene relación con el estado nutricional del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca.

2.4. LAS VARIABLES

Variable independiente: Estilo de vida del adulto mayor

Variable dependiente: Estado nutricional del adulto mayor

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

“Estilo de vida y estado nutricional del Adulto Mayor EsSalud, Cajamarca 2017”

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	CRITERIO/ ESCALA	EVALUACIÓN
ESTILO DE VIDA. Es un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida, que se proyecta directamente de la salud; si estos son positivos hablaremos de estilos de vida saludables y en caso de ser negativos para la salud se denominaran estilos de vida no saludables (32).	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alimentos balanceados. - Consumo de agua. - Consumo de fruta. - Conservación de la comida. - Verificación de los alimentos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena. 2. Todos los días, Ud. Consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carnes, legumbres, cereales y granos. 3. Consume de 4 a 8 vasos de agua al día. 4. Incluye entre comidas el consume de frutas. 5. Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida. 6. Lee Ud. Las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes. 	N= Nunca (1) V= A veces (2) F= Frecuentemente (3) S= Siempre (4) (NOMINAL)*	Conducta saludable en la dimensión nutrición (dieta balanceada diaria): 18-24 Conducta no saludable en la dimensión nutrición (no dieta balanceada diaria): 6-17
	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos corporales planificados (ejercicios). 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Hace Ud. Ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana. 	N= Nunca (1) V= A veces (2) F= Frecuentemente (3) S= Siempre (4) (NOMINAL) *	Conducta saludable en la dimensión actividad física (Realiza actividad física): 6-8

		<ul style="list-style-type: none"> - Actividad cotidiana. 	8. Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.		Conducta no saludable en la dimensión actividad física (No realiza actividad física): 2-5
	Manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación del estrés. - Respuesta del Estrés. - Acciones coordinadas para sobrellevar el estrés. - Controlar y reducir el estrés. 	<p>9. Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.</p> <p>10. Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.</p> <p>11. Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.</p> <p>12. Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.</p>	<p>N= Nunca (1) V= A veces (2) F= Frecuentemente (3) S= Siempre (4) (NOMINAL) *</p>	<p>Conducta saludable en la dimensión manejo de estrés(afrenta situaciones de estrés): 12-16</p> <p>Conducta no saludable en la dimensión manejo de estrés (no afronta situaciones de estrés): 4-11</p>
	Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción con los demás. 	<p>13. Se relaciona con las demás personas.</p> <p>14. Mantiene buenas relaciones interpersonales con las demás personas.</p>	<p>N= Nunca (1) V= A veces (2) F= Frecuentemente (3) S= Siempre (4) (NOMINAL) *</p>	<p>Conducta saludable en la dimensión relaciones interpersonales</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Expresión verbal de sus sentimientos. - Apoyo familiar y social. 	<p>15. Comenta sus deseos o inquietudes con las demás personas.</p> <p>16. Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.</p>		<p>(mantiene buenas relaciones): 12-16</p> <p>Conducta no saludable en la dimensión relaciones interpersonales (no tiene buenas relaciones): 4-11</p>
	Crecimiento espiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción personal. - Desarrollo armónico. - Desarrollo personal. 	<p>17. Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.</p> <p>18. Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.</p> <p>19. Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.</p>	<p>N= Nunca (1)</p> <p>V= A veces (2)</p> <p>F= Frecuentemente (3)</p> <p>S= Siempre (4)</p> <p>(NOMINAL) *</p>	<p>Conducta saludable en la dimensión crecimiento espiritual (satisfacción con lo realizado): 9-12</p> <p>Conducta no saludable en la dimensión crecimiento espiritual (no satisfecho): 3-8</p>

	Responsabilidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Alternativa correcta. - Decisión correcta. - Riesgos para su salud. 	<p>20. Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud.</p> <p>21. Cuando presente una molestia acude al establecimiento.</p> <p>22. Toma medicamentos solo prescrito por el médico.</p> <p>23. Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.</p> <p>24. Crees que tu vida tiene un propósito.</p> <p>25. Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.</p>	<p>N= Nunca (1) V= A veces (2) F= Frecuentemente (3) S= Siempre (4) (NOMINAL) *</p>	<p>Conducta saludable en la dimensión responsabilidad en salud (Es responsable del cuidado de su salud): 18-24</p> <p>Conducta no saludable en la dimensión responsabilidad en salud (no es responsable del cuidado de su salud): 6-17</p>
--	--------------------------	---	--	---	--

*El criterio de la evaluación corresponde para cada una de las preguntas de cada dimensión.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION RACIONAL	INDICADOR	ITEMS	CRITERIO/ ESCALA	EVALUACIÓN
Estado nutricional	Se denomina al estado nutricional como la situación de salud de la persona adulta mayor, como resultado de su nutrición, su régimen alimentario, su estilo de vida, entre otros factores relacionados al proceso de envejecimiento (39).	Índice de masa corporal (IMC),	Peso Kg. Talla m	Clasificación SEGÚN IMC (39) Delgadez $\leq 23,0$ Normal > 23 a < 28 Sobrepeso ≥ 28 a < 32 Obesidad ≥ 32 (ORDINAL)	Delgadez: es una clasificación de la valoración nutricional caracterizada por una insuficiente masa corporal con relación a la talla (39). Normal: es una clasificación de valoración nutricional caracterizada por una masa corporal adecuada con relación a la talla (39). Sobrepeso: es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal (39). Obesidad: es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo (39).

CAPÍTULO III

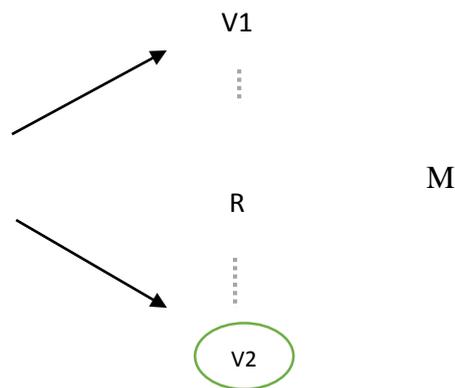
MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional. Diseño transversal, porque ha recogido información en un solo momento en el tiempo.

Esquema del diseño:

De acuerdo al tipo de investigación el diseño propuesto es el siguiente:



Donde:

M= Muestra.

V₁= Estilos de vida.

V₂= estado nutricional.

R= Coeficiente de correlación.

3.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis está constituida por cada uno de los adultos mayores, Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca.

3.3. POBLACIÓN

Está conformada por 336 adultos mayores inscritos en la Cartera del Adulto y Adulto Mayor, los mismos que fueron programados para consulta médica.

3.4. MUESTRA

La muestra fue conformada por 180 adultos mayores que pertenecen a la Cartera del Adulto y Adulto Mayor y que fueron citados para la consulta médica en el mes de febrero del 2017. Se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. (Ver Anexo 1)

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca que estuvieron programados para atención médica en el mes de Febrero.

Los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Los adultos mayores con limitaciones psicológicas para la recolección de información.

Los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó a través de la entrevista teniendo como instrumentos el cuestionario del estilo de Vida y la ficha de valoración nutricional, los mismos que fueron aplicados a los adultos mayores citados a la consulta médica en los ambientes de Enfermería que están a cargo de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor. Diariamente del registro de citas del total de adultos mayores citados, se realizó un sorteo, eligiéndose al azar 13 adultos mayores por día, se los identificó y se les informó los objetivos del estudio y beneficios; firmando el consentimiento

informado, documento legal de aceptación de su participación. Además cada uno de los adultos participantes recibió el resultado de su estado nutricional según IMC con las orientaciones según las necesidades de cada uno.

La aplicación de los instrumentos se realizó durante el mes de febrero, de manera interdiaria y rotativa, es decir en una semana, lunes, miércoles y viernes; y la siguiente semana martes, jueves y sábado; así hasta terminar el mes. Además, para poder cubrir la cantidad de muestra faltante se tomó tres días cualesquiera del mes.

A. Cuestionario del Estilo de Vida: este instrumento fue dividido en tres apartados; en el primero de ellos se registró datos que nos permitieron identificar al adulto mayor. En el segundo apartado se precisó las orientaciones para responder las preguntas del cuestionario; el mismo que fue leído por la investigadora a cada adulto mayor entrevistado y finalmente, en el tercer apartado se insertó la escala del estilo de vida con 25 ítems.

Escala del estilo de vida Elaborado por las licenciadas en Enfermería Díaz, R Delgado, R y Reyna, E en el 2008, conformado por 25 ítems, en base al cuestionario HPLP II versión en español de Walker, Sechrist y Pender, distribuidos en seis dimensiones: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés (12). **(Ver Anexo 3)**

B. Ficha de valoración nutricional: conformada por tres secciones importantes, en la primera se registró datos de identificación, la segunda consideró los ítems que se obtuvieron de peso, talla e índice de masa corporal de los adultos mayores. Los mismos que fueron medidos mediante una balanza y tallímetro marca SECA validados por el instituto Nacional de Salud, que son especiales para este tipo de estudios. La tercera sección registró el resultado de la evaluación del estado nutricional, que se realizó a través de la lectura de la tabla de valoración nutricional antropométrica según Índice de Masa Corporal (IMC) para adultos mayores (>60 años), obtenida de la guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor MINSA-INS (39); fue anexada a esta ficha, que sirvió para el diagnóstico nutricional según

clasificación. Esta ficha fue creada por la investigadora para esta investigación y su función fue plasmar de manera ordenada los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos.

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento de Escala del estilo de vida fue validado por Elcorrobarrutia María en el año 2010 y aplicado a una población adulta mayor en la ciudad de Chimbote. Obteniendo una fiabilidad estadística de alfa de Crombach de 0,794 (12). **(Ver Anexo 4)**

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados en el programa SPSS VERSIÓN 21 y para establecer la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor se usó la prueba de significancia estadística: Coeficiente de correlación de Pearson; luego se confeccionaron las tablas y gráficos para presentar los resultados de manera más comprensible, los mismos que fueron interpretados y analizados teniendo en cuenta el marco teórico y los antecedentes.

3.9. CRITERIOS ÉTICOS

Se realizó mediante el compromiso del investigador y el grupo objetivo de estudio que son los adultos mayores, para ello se procedió a realizar el consentimiento explicándoles acerca de la finalidad del estudio, sus objetivos, el desarrollo del mismo, y los beneficios. Se puntualizó sobre la confidencialidad de los datos, procediendo a la firma del consentimiento informado. **(Ver Anexo 2)**

Se tuvieron en cuenta los siguientes principios:

Principio de Beneficencia: Sólo se usó la información de los Adultos Mayores para la elaboración del trabajo y no para otros fines, Los adultos recibieron la información y orientación según el resultado de su estado nutricional. Así mismo se entregará la

información a la cartera del Adulto Mayor para mejorar el cuidado de las personas de este grupo etario.

Principio del respeto a la Dignidad Humana: se utilizó un ambiente exclusivo para realizar la valoración antropométrica y la aplicación del cuestionario, donde se protegió la individualidad del adulto mayor.

Autodeterminación: Los Adultos Mayores aceptaron participar de forma voluntaria en este estudio.

Conocimiento irrestricto de la información: Los Adultos Mayores conocieron la naturaleza de la investigación y de los procedimientos, los cuales se utilizaron para obtener información.

Principio de justicia: Los Adultos Mayores tuvieron un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Características sociodemográficas de los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.

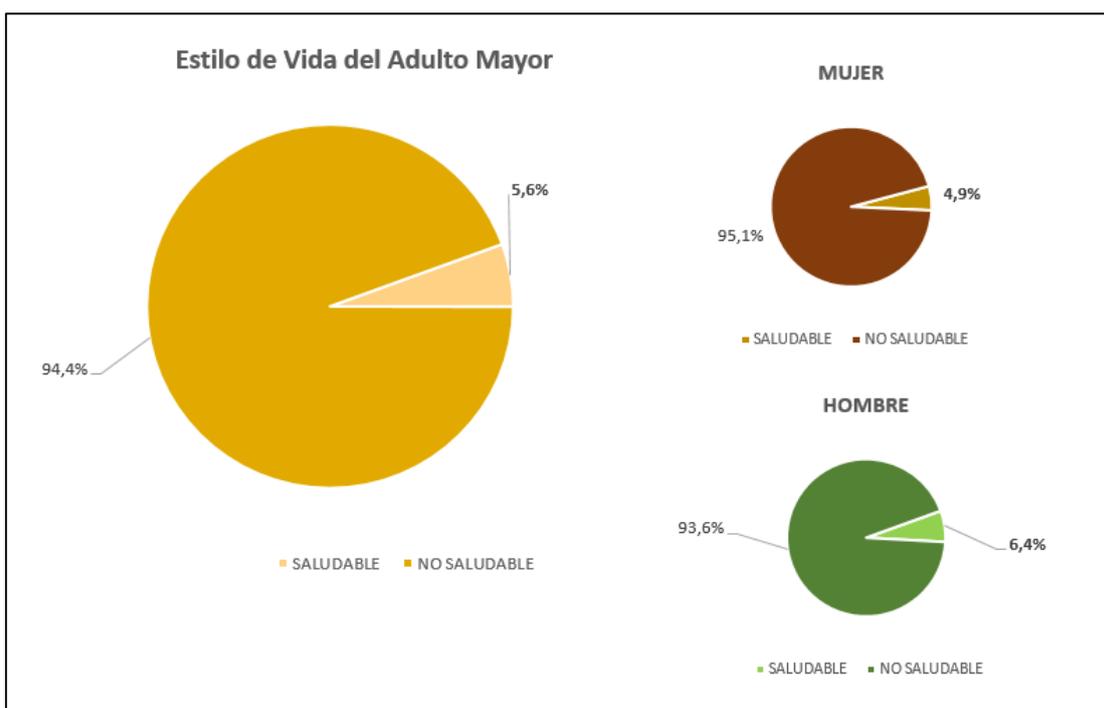
Característica Sociodemográficas	N	%
SEXO		
Mujeres	102	56,7
Hombres	78	43,3
EDAD		
60 a 70	110	61,1
71 a 80	48	26,7
81 a 90	22	11,7
ESTADO CIVIL		
Soltero	50	27,8
Casado	125	69,4
Viudo	5	2,8
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Iltrado	5	2,8
Primaria	18	10,0
Secundaria	39	21,7
Superior	118	65,6
RELIGION		
Católico	146	81,1
No católico	34	18,9
RESIDENCIA		
Urbana	171	95,0
Rural	9	5,0
ACTIVIDAD LABORAL		
Trabaja	33	18,3
No trabaja	147	81,7
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca 2017.

En la tabla 1, se observa las características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en la Cartera del Adulto Mayor EsSalud Cajamarcaque participaron en el estudio, siendo en la mayoría mujeres (57%), las edad promedio fue de 71 años con edades entre 60 y 90 años, predominando los de la década de 60 a 70 años (61,1%); 69,4% fueron casados, 65,6% tiene estudios superiores, en su mayoría profesaban la religión católica (81,1%) y residían en zona urbana con 81,1% y 95% respectivamente y sólo un 18,3% realizaba actividad laboral independiente o dependiente es decir está en el grupo económicamente activo.

4.1. Estilo de vida del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca.

Figura 1: El Estilo de vida del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca 2017.

En esta figura apreciamos el resultado del estilo de vida de los adultos mayores; poniendo en evidencia que casi en su totalidad (94%) tuvieron un estilo de vida no saludable; lo cual se constituiría un riesgo para el mantenimiento de su salud en general. Sólo 5,6%

alcanzó un estilo de vida saludable de un total 180 participantes; similar comportamiento se observó según sexo (mujer 4,9%, y 6.4% hombre).

Tabla 2: Estilo de Vida según Dimensiones de los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca 2017.

Dimensiones del estilo de vida	Estilo de vida de los adultos mayores						P valor
	Saludable		No Saludable		Total		
	N	%	N	%	N	%	
NUTRICION							
*Dieta balanceada diaria	3	1,7	2	1,1	5	2,8	0,001
**No dieta balanceada diaria	7	3,9	168	93,3	175	97,2	
ACTIVIDAD FISICA							
*Realiza actividad física	9	5,0	111	61,7	120	66,7	0,107
**No realiza actividad física	1	0,6	59	32,7	60	33,3	
MANEJO DEL ESTRÉS							
*Afronta situaciones de estrés	7	3,9	25	13,9	32	17,8	0,001
**No afronta situaciones de estrés	3	1,7	145	80,6	148	82,2	
RELACIONES PERSONALES							
*Mantiene buenas relaciones	8	4,4	32	17,7	40	22,2	0,001
**No tiene buenas relaciones	2	1,1	138	76,7	140	77,8	
CRECIMIENTO ESPIRITUAL							
*Satisfacción con lo realizado	9	5,0	74	41,1	83	46,1	0,004
**No satisfecho	1	0,6	96	53,3	97	53,9	
RESPONSABILIDAD EN SALUD							
*Es responsable del cuidado de su salud	5	2,8	10	5,6	15	8,4	0,001
**No es responsable	5	2,8	160	88,8	165	91,6	
Total	10	5,6	170,0	94,4	180	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.

*Conducta saludable

** Conducta no saludable

El estilo de vida de los adultos mayores según dimensiones, que reporta la tabla 2, resalta a la dimensión actividad física con 66,7% para una buena práctica (realiza actividad física ligera, moderada y /o vigorosa 3v/s y movimiento corporal cotidiano), seguida por la

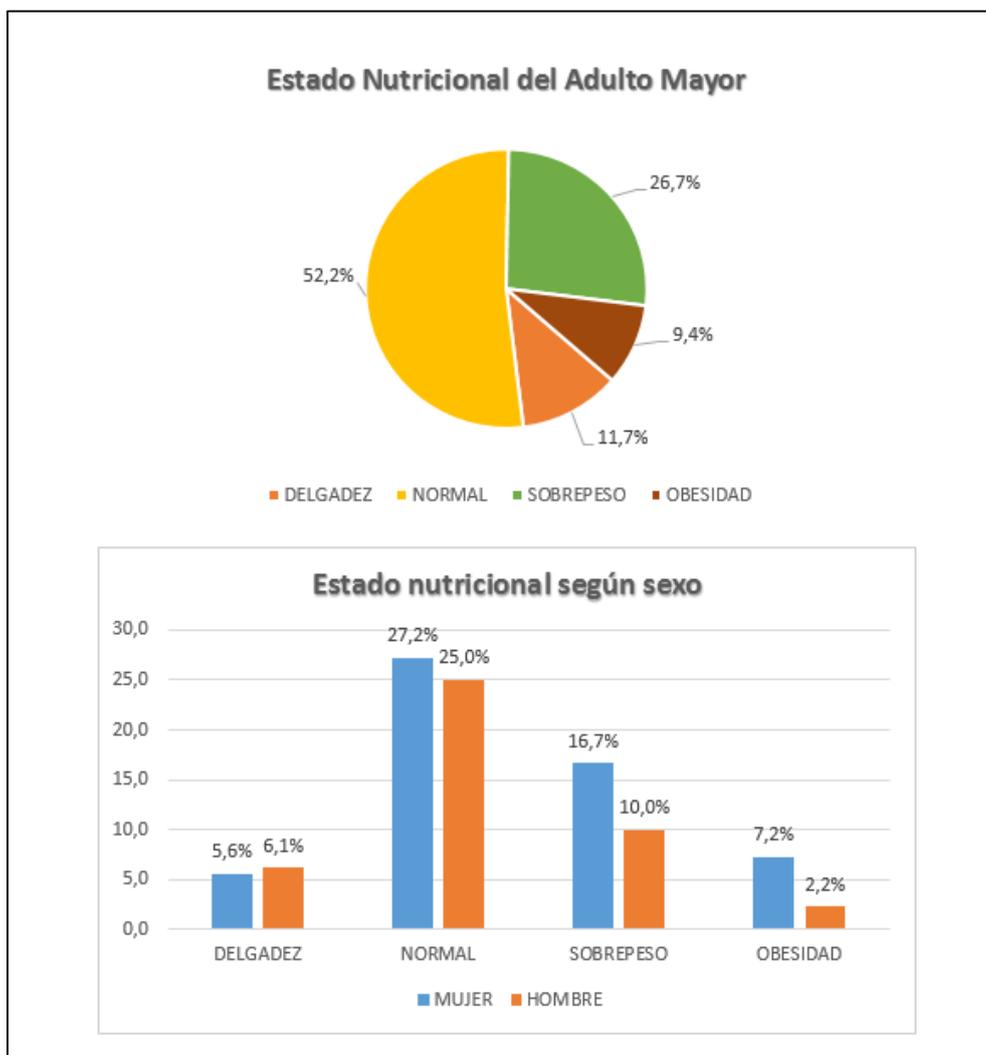
dimensión de crecimiento espiritual con 46,1% de conducta saludable respecto a estar satisfecho con todo lo que ha realizado en su vida. Sin embargo, en ambas dimensiones, del total de los participantes con buenas prácticas, sólo 5% alcanza un estilo de vida saludable en la medición total de estilo de vida.

Contrariamente la dimensión Nutrición y Responsabilidad en salud obtienen los más bajos porcentajes en conductas saludables para estas dimensiones 2,8% y 8,4% respectivamente, y en la valoración general de estilo de vida obtienen 1,7% y 2,8% de estilo de vida saludable.

Al cálculo de la correlación Chi cuadrado entre cada una de las dimensiones y el estilo de vida podemos apreciar que en casi todas las dimensiones se obtuvieron un P valor de 0,001 (Nutrición, Manejo del Estrés, Relaciones interpersonales y Responsabilidad en Salud); sin embargo, en la dimensión actividad física no se encontró relación estadística significativa con el estilo de vida para esta muestra (0,107). Esto estaría en razón que el mayor porcentaje indicaba que realizaba actividad física sin embargo la mitad tenía peso alterado y podría ser que la actividad física que realizaba el adulto mayor era más leve que moderada o fuerte no siendo suficiente para producir el desgaste necesario y quemar el exceso de consumo de carbohidratos como lo precisa la dimensión de nutrición, ya que sólo 2,8% consumen una dieta balanceada diariamente.

4.2. Estado nutricional del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud Cajamarca.

Figura 2: El estado nutricional: Índice de Masa Corporal de los adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca 2017.

En la figura 2 se observa el estado nutricional normal de adultos mayores participantes en el estudio. Al respecto podemos decir que la mitad de adultos mayores tienen un estado nutricional normal (52,2%); sin embargo, el restante con un porcentaje significativo (47,8%) tienen alterado su estado nutricional entre deficiente (delgadez 11,7%) y exceso (sobrepeso 26,7% y obesidad 9,4%) constituyéndose en el grupo de adultos mayores más vulnerables a presentar complicaciones de salud.

Analizando el estado nutricional por sexo son las mujeres las que presentan mayores porcentajes referente al estado nutricional desfavorable sobre todo al exceso con porcentajes de 16,7% de sobrepeso y 7,2% de obesidad, discretamente en el indicador delgadez los hombres ligeramente superan a las mujeres (6,1% y 5,6% respectivamente). Si se tiene en cuenta que el estado nutricional es el resultado del balance de la ingesta de nutrientes y del gasto calórico proteico para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas; las anormalidades de esta condición son consideradas como desnutrición o delgadez y en el otro extremo el sobrepeso y la obesidad. La delgadez, el sobrepeso y la obesidad se asocian a un mayor riesgo de morbimortalidad, mayores tasas de infección, aumento del número de caídas y fracturas, estancias hospitalarias más prolongadas, así como, empeoramiento de las enfermedades agudas o crónicas subyacentes y un deterioro general de la calidad de vida.

4.3. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en la Cartera del Adulto y Adulto Mayor de EsSalud. Cajamarca.

Tabla 3: El estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores de la Cartera de Adulto y Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.

Estilo de vida	Estado Nutricional										P valor
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Saludable	0	0	5	2,8	2	1,1	3	1,7	10	5,6	0,104
No Saludable	21	11,7	89	49,4	46	25,6	14	7,8	170	94,4	
Total	21	11.6	94	52.3	48	26.7	17	9.5	180	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca 2017.

Tabla 4: El estilo de vida y estado nutricional según sexo de los adultos mayores de la Cartera de Adulto y Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca 2017.

Estilo de vida / sexo	Estado Nutricional										P valor
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Mujer											
Saludable	0	0,0	3	2,9	1	1	1	1	5	4,9	0,709
No Saludable	10	9,8	46	45,1	29	28,4	12	11,8	97	95,1	
Hombre											
Saludable	0	0,0	2	2,6	1	1,3	2	2,6	5	6,4	0,003
No Saludable	11	14,1	43	55,1	17	21,8	2	2,6	73	93,6	
Total	21	11,6	94	52,3	48	26,7	17	9,5	180	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud, febrero- 2017.

El estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores está representado en la tabla 3, donde el 94,4% de los adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable, de quienes el 44,8% presentó un estado nutricional alterado: delgadez (11,7%), sobrepeso (25,6%) y obesidad (7,8%). Al cálculo de Chi cuadrado (0,104) no se encuentra una correlación entre estas dos variables.

En la tabla 4, estudiamos el comportamiento de las variables antes mencionadas según sexo, observándose una similitud con los datos anteriores puesto que el porcentaje predominante tanto para mujeres como hombres se ubicó en el Estilo de Vida no saludable 95,1% y 93,6% respectivamente y un estado nutricional alterado dado por la suma de delgadez, sobrepeso y obesidad de 54,9% para las mujeres y 44,9% varones. Sin embargo, es necesario destacar que para el grupo de varones el cálculo de Chi (0,003) revela significancia estadística entre estilos de vida y el estado nutricional y para el grupo de mujeres no hay significancia (0,709).

DISCUSIÓN

En el Perú se considera adulto mayor a aquel individuo de 60 a más años; a nivel nacional, los adultos mayores representan un 9,7% de la población peruana, el 53,3% corresponde al sexo femenino y 46,6% al masculino; según el Censo 2007 para Cajamarca en este grupo etario, muestra un porcentaje de 50,1% para el sexo femenino y 49,9% para el masculino. Al confrontar con nuestros resultados notamos un similar comportamiento puesto que los adultos mayores participantes en nuestro estudio se encontraron distribuidos el 56,7% para mujeres y el 43,3% para hombres (28) (43).

Es importante resaltar que cada vez se va incrementando significativamente la población adulta mayor en nuestro país, lo que representa un problema de salud pública, pues se habla ya de un envejecimiento poblacional que implica una preparación de las políticas del Estado para garantizar un envejecimiento saludable y una calidad de vida digna para nuestros adultos mayores (3).

Los resultados encontrados con respecto al Estilo de Vida en nuestro estudio reflejan un dato muy alarmante puesto que el (94,4%) de los participantes tuvieron un estilo de vida no saludable; igual comportamiento se obtuvo según sexo, no encontrando una asociación significativa entre sexo y estilo de vida ($p=0,662$). Al respecto existen varios estudios concordantes, como los mencionados en los antecedentes, que refuerzan nuestros resultados; puesto que concluyen que la mayoría de adultos mayores, presentaron un estilo de vida no saludable y un mínimo porcentaje tiene un estilo de vida saludable (15), (20), (12) y (21). Sin embargo, en contra posición a nuestros resultados Aguilar G (9) en su investigación sobre el estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo; concluyó que, la mayoría de adultos mayores presentaron un estilo de vida saludable. Esto podría estar en relación a ciertas características propia de la muestra de estudio.

Al respecto, diríamos que el estilo de vida saludable es esencial para que las personas mantengan una salud adecuada y mejoren su calidad de vida, sin embargo requiere de un trabajo constante y permanente de educación en salud; desde la concepción del individuo y durante todo el desarrollo de su vida, y estas deberían ser promovidas en el hogar y en

todos aquellos centros donde una persona se desarrolle, como son los centros de educación inicial, las escuelas, colegios, institutos, centros laborales, etc. Trabajo para el equipo de Salud especialmente para los profesionales de enfermería en donde pueden muy bien aplicar el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Este se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Teniendo siempre presente que hay que promover la vida saludable ya que es primordial, antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro (32).

El estilo de vida abarca diversas dimensiones como la de nutrición, actividad física, el manejo del estrés, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual, y responsabilidad en salud; las mismas que pueden ser llevadas adecuadamente de manera dimensional por muchos de los adultos mayores entrevistados. Sin embargo, no podemos definir al estilo de vida saludable como la manifestación única del actuar de un individuo porque a ello se le añade el actuar colectivo hacia un individuo; como es en el caso de las dimensiones relaciones interpersonales, crecimiento espiritual e incluso en la dimensión nutrición (9) (10).

Siendo así, estaríamos frente a un problema muy complicado puesto que requeriría de un trabajo amplio en la educación para la salud usando estrategias específicas, para poder influenciar en la adopción de nuevas conductas saludables aún en personas que ya tienen una formación. Teniendo en cuenta que al respecto García C. concluye: que los estilos de vida pueden modificarse; por tanto, nunca es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida más sano y cambiar ciertos hábitos o dejar otros con el fin de conseguir una existencia con mejor calidad (33).

Es un reto muy grande, tratar de cambiar conductas no saludables en un individuo que las ha realizado por tiempo prolongado, como puede suceder en el caso del adulto mayor en un promedio de 60 años; no obstante, nunca es imposible cambiar aquellas conductas que amenazan nuestra salud sí se muestra interés en hacerlo, por que como lo indica Nola Pender que los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad

a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla (32), por tal razón los profesionales de enfermería deben realizar un trabajo constante permanente haciendo hincapié en los cambios de las conductas no saludables, es decir enseñar a desaprender para empezar a aprender las conductas que favorecen a una buena salud y por ende mejoren la calidad de vida.

Un claro ejemplo es la dimensión nutrición donde la mayoría (93,3%) no tiene una dieta balanceada diaria por lo tanto corresponde a un estilo de vida no saludable refrendado por el valor de P (0,001) que nos indica la existencia de una correlación entre estas variables. Con respecto a esta dimensión, podríamos decir que es la más débil de este grupo etario porque solo el 2,8% de adultos mayores tiene una dieta balanceada, y si consideramos que existen otros factores propios del proceso de envejecimiento como los cambios que sufre el sistema digestivo y la capacidad del adulto mayor frente a la conservación de alimentos y la verificación nutricional de ellos; posiblemente agudicen aún más el estado nutricional del adulto mayor (39).

Si un adulto mayor, no tiene una alimentación saludable podría verse propenso a adquirir una enfermedad o complicar aún más la que padecen. Es en esta dimensión que enfermería debe tener priorizada su acción al momento de la atención de un adulto mayor, puntualizando su orientación, con explicaciones pausadas, verificando su comprensión y logrando que el adulto mayor y su familia tomen conciencia de la importancia de la nutrición y de su práctica (41) .

En lo que respecta a la dimensión actividad física, del total de adultos mayores que la realizan adecuadamente (66,7%), 61,7% tiene un estilo de vida no saludable. Si consideramos la teoría que establece a la dimensión de actividad física como la regular participación en ligeras, moderadas y/o en vigorosas actividades, que pueden ocurrir de manera planeada y monitorizada a través de un programa por razones de salud y condición física, o también como parte de la vida cotidiana y de aquellas actividades de ocio y recreación . Esto explicaría el valor P, que se obtiene en esta dimensión (0,107), ya que muchos adultos mayores podrían valorar el movimiento cotidiano como un movimiento moderado o incluso intenso, el cuál en la mayoría de casos no tendría la fuerza suficiente

para quemar el exceso de carbohidratos que son consumidos en su dieta diaria. Dando como resultado la ubicación de esta dimensión dentro de una conducta o práctica no saludable (42).

Al analizar la dimensión manejo del estrés observamos que el 80,6% de Adultos mayores no afrontan situaciones de estrés, correspondiendo una conducta no saludable; por lo que el adulto mayor no sabría manejar adecuadamente problemas relacionados con la salud mental, que cómo es sabido estos posiblemente pueden estar influyendo en la salud física del adulto mayor. Al respecto podemos agregar que el valor de P (0,001) en estas variables refrenda nuestros resultados.

En la dimensión de relaciones personales el P valor encontrado fue de 0,001 correspondiendo a una correlación de las variables relaciones personales y estilos de vida, en este sentido podemos referir que el mayor porcentaje (76,7%) no tiene adecuadas relaciones personales, las mismas que están ubicadas en el rubro estilo de vida no saludable. En relación a esta dimensión la tabla 1 muestra que el 18,3% de los participantes del estudio se encuentran realizando alguna actividad laboral, ya sea como trabajador dependiente o independiente, lo cual estaría mostrando que los adultos mayores que aún desempeñan una actividad laboral, eran más activos y optimistas, reflejándose en buenas relaciones interpersonales a diferencias de aquellos que no trabajan.

Respecto a la dimensión crecimiento espiritual, se observa igual comportamiento que las dimensiones anteriores, ya que el 53,3% de adultos mayores no se encuentran satisfechos correspondiendo a un estilo de vida no saludable. El Chi cuadrado (0,004) valida esta correlación.

En lo concerniente a la dimensión responsabilidad en Salud se obtuvo un Chi cuadrado de 0,001 el cual muestra una correlación de las variables Estilo de Vida con esta dimensión. Cabe destacar que 88,8% de participantes estuvieron ubicados en la categoría no ser responsables de su salud y tener un Estilo de Vida no saludable.

En relación a los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones encontramos coincidencia con Vigil K (23) donde de 263 adultos mayores el 82.9% de ellos no practican estilos de vida saludable en las dimensiones de alimentación, apoyo interpersonal y responsabilidad en salud. Diferenciando en la dimensión de actividad física con nuestros resultados puesto que es la dimensión más practicada por nuestros adultos mayores pero su estilo de vida no fue saludable.

En el estudio de la variable estado nutricional se realizó la valoración antropométrica del adulto mayor y encontramos que el grupo de estudio tiene un peso promedio de 65,8kg oscilando entre 35kg y 99kg; la talla promedio 1,56m que se encuentra en el intervalo 1,35m y 1,80m. Datos esenciales para determinar el IMC de los adultos mayores, donde el IMC promedio fue de 27.1, indicador que nos permitió determinar el estado nutricional del adulto mayor (**Ver Apéndice A**)

El análisis del Estado Nutricional según IMC de los adultos mayores de la Cartera del Adulto Mayor, revela, que si bien, 52,2% tuvieron un estado de nutrición normal, el otro 47,8% tiene un estado de salud alterado, considerando que 36,1% tiene una alteración nutricional por exceso (sobrepeso y obesidad), posiblemente este comprometiendo su salud hacia enfermedades cardiovasculares o crónicas degenerativas y/o complicando estas en caso ya las tengan. Si tenemos en cuenta la tabla 2 la dimensión nutrición y actividad física ambas podrían avalar que si un adulto mayor no tiene una dieta balanceada como parte de su rutina diaria y mucho menos no hace una actividad física programada mínimo 30 minutos por tres días a la semana; el movimiento de una vida cotidiana no es suficiente para ser considerada una conducta saludable y por ende mantener un estado nutricional adecuado (44).

Otro aspecto a destacar de este análisis, es el hecho, que en el sexo femenino se encuentran los mayores porcentajes 16,7% y 7,2% del estado nutricional alterado por exceso que corresponden a sobrepeso y obesidad respectivamente. Y en el estado nutricional alterado, pero en déficit representado por delgadez, los hombres (6,1%) sobrepasan mínimamente a las mujeres (5,6%).

Hay posibles razones que podrían explicar las diferencias en la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre mujeres y varones, como la delgadez natural de los tejidos adiposos en los hombres y los determinantes sociales (nivel educativo, pobreza, sexo) que influyen en los procesos que determinan el exceso de peso o tal vez sean las características individuales como las condiciones socioeconómicas o el origen étnico. También podrían influir otros factores como la disponibilidad, el acceso, el uso y la estabilidad de los alimentos, que determina el consumo inadecuado de alimentos, sobre todo en la población de escasos recursos económicos quienes consumen alimentos de alto contenido energético y bajos nutrientes en comparación con la población de mayor recursos económicos, porque el consumidor elige los alimentos en función al precio y no necesariamente porque sea más o menos saludable; por tanto, tienden a consumir productos industrializados con excesiva cantidad de carbohidratos, grasas y azúcares que son más baratos debido a su producción masiva

Al realizar la comparación de los resultados obtenidos acerca de estado nutricional, con los reportados por otros investigadores (12) (20) (21) estos fueron similares, donde la mitad de los participantes presentaron un estado nutricional normal. Por su parte Torrejón C y col (15) encontraron resultados contrarios, ya que menos de la mitad de los adultos mayores presentaron estado nutricional normal en sus estudios. Sin embargo, debemos destacar que el porcentaje que encontramos respecto al estado nutricional alterado no es despreciable, es muy alto, ya que se aproxima al 50% y por lo tanto hay mucho trabajo por hacer y como dice García, Carlos (33) gran parte del deterioro relacionado con la tercera edad se puede atribuir, con frecuencia, al estilo de vida, a las costumbres, la dieta o al entorno en que nos movemos, los cuales pueden modificarse, por lo tanto nunca es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida más sano y cambiar ciertos hábitos con el fin de conseguir una existencia más larga y mejor.

Al calcular la correlación de las variables estilo de vida y estado nutricional, no se encontró relación estadística altamente significativa. No obstante, haciendo uso de los datos referente a las características sociodemográficas en relación con las variables de estudio se determinó que según sexo se encuentra una correlación estadística, motivo por el cual se considera la Tabla 4 como parte de los resultados de este estudio.

El estilo de vida y el estado nutricional en los adultos mayores hombres obtuvieron un $P < 0,05$ (0,003), situación contraria con las mujeres pues no obtuvieron correlación (0,790). Esto no quiere decir que no exista una asociación entre el estilo de vida y el estado nutricional, posiblemente intervengan otros indicadores que no hemos considerado en esta investigación. Debemos tener en cuenta que la teoría establece diferentes maneras de evaluar el estado nutricional del adulto mayor, pero para este estudio solo hemos considerado el IMC y esto podría explicar porque en los hombres si hay una correlación y en las mujeres no (8) (39).

Es necesario mencionar que se realizó la prueba de Chi cuadrado en las características sociodemográficas restantes, las cuales obtuvieron un P valor $< 0,05$ no teniendo relevancia para fines de este estudio. **(Ver Apéndice D y E).**

Acosta A. y Rodríguez Y (21) tienen resultados similares a nuestro estudio, donde el estado nutricional se ven influenciados por muchos factores y no sólo al consumo de alimentos, por tal motivo ellos concluyeron en su investigación que el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor no tiene significancia estadística. A diferencia de los estudios realizados por Elcorrobarrutia M. y col (12) en Chimbote y Vigil K (23) en Chota donde reportan la correlación significativa de estas dos variables.

Para varios investigadores y teóricos como Álvarez Nebreda C., refieren que el estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones (31). Nola Pender (32) define a los estilos de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida, que se proyecta directamente de la salud, Sanz Porras J. y Arias M., y col , refieren que, el estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes y la evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar (36) (38).

Lo que podría estar explicando que no basta el peso y la talla usados para calcular el IMC que a su vez clasifica al estado nutricional, sino que, existen otros factores que intervienen, que en conjunción influyen para que el estado nutricional sea el adecuado para tener un buen estado de salud.

Los trastornos nutricionales encontrados en la población adulta mayor, se presentan con mayor frecuencia, por lo que se considera que esta condición debe ser incorporada dentro de la valoración geriátrica integral, entendiendo ella como el “proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario que permite identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, para una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar su calidad de vida” (45) .

Acá juega un papel importante, el profesional de enfermería con el enfoque de Promoción de la Salud y prevención de enfermedades trabajo que debe iniciarse desde la niñez para tener adultos mayores con mejor calidad de vida con práctica de estilos saludables, tendrán estado nutricional normal y por lo tanto un buen estado de salud. Trabajo respaldado normativamente por Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2013-2017 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables, donde explicita que la difusión, información y educación en materia de hábitos alimentarios positivos, se presentan como tareas de necesidad urgente para dar respuesta a las necesidades específicas de la población adulta mayor de las distintas zonas geográficas del país (18).

CONCLUSIONES

Como parte culminante de este trabajo de investigación y basada en los objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de los Adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor de EsSalud participantes en el estudio tienen un estilo de vida no saludable.
Según dimensiones del estilo de vida, actividad física y crecimiento espiritual obtuvieron los mayores porcentajes de conducta saludable y las dimensiones manejo del estrés, relaciones interpersonales y responsabilidad en salud, alcanzaron un porcentaje intermedio de practica saludable; pero la dimensión que casi ningún adulto mayor tuvo una práctica saludable, es la de nutrición.
Las dimensiones estudiadas con el estilo de vida presentan una relación significativa $P < 0,05$ a excepción de la actividad física.
2. Referente al estado nutricional cerca de la mitad de los Adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor de EsSalud presentan un estado nutricional alterado representado por sobrepeso que alcanza más de la cuarta parte y la diferencia corresponde a obesidad y delgadez; la otra mitad de los adultos mayores presentaron un estado nutricional normal.
3. No existe relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los Adultos mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor de EsSalud $P > 0,05$; sin embargo según sexo se encontró relación altamente significativa para los adultos mayores hombres demostrado por la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado la misma que arrojó una significancia de $P = 0,003$.

RECOMENDACIONES

1. A los directivos de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor de EsSalud – Cajamarca: Responsables del cuidado del Adulto Mayor, para que establezcan nuevas políticas en educación, seguimiento y evaluación del estado nutricional del Adulto Mayor, puesto que en el Estilo de vida la práctica saludable de la dimensión nutrición alcanzó un escaso 2,8% correspondiendo a una dieta diaria adecuada y en la valoración del estado nutricional el 47,8% tuvo un estado nutricional alterado.
2. A las enfermeras encargadas de la atención del Adulto y Adulto Mayor de EsSalud – Cajamarca:
Tener en cuenta todas las dimensiones del estilo de vida al momento de brindar educación en salud a las familias de los adultos mayores; considerando que el Estilo de vida, no es sólo una conducta individual, sino también el reflejo de una conducta colectiva hacia un individuo.
Dar importancia al trabajo de la dimensión de relaciones interpersonales, los resultados investigativos reportan que una relación interpersonal satisfactoria influye significativamente en los adultos mayores para tener un estilo de vida saludable.
3. A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, para que propongan nuevas estrategias educativas para cultivar en los alumnos el compromiso del servicio con este grupo etario, que viene incrementado su población. Así desde la formación académica se brindará un cuidado de calidad a los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. PERFIL DEL ADULTO MAYOR PERÚ- INTRA II. Perfil / INTRA II. Lima: Ministerio de Salud, Área de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud /Etapa de Vida Adulto Mayor (EVAM); 2004.
2. de Groot LC, Verheijden MW, de Henauw S, Schroll M, van Staveren A. The Journalist of Gerontology Web site. [Online].; 2004 [cited 2017 Junio 06. Available from: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/59/12/1277/538602>.
3. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD. Luxemburgo: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; 2015. Report No.: WHO/FWC/ALC/15.01.
4. INEI. INEI Web Site. [Online].; 2015 [cited 2016 Abril 01. Available from: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>.
5. Del Aguila R. paho. [Online].; 2012 [cited 2016 Diciembre 02. Available from: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>.
6. SERNAC. FIAPAM. [Online].; 2012 [cited 2016 Noviembre 30. Available from: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.
7. Virguera V. Educación para el envejecimiento. [Online].; Sin Año [cited 2016 Abril 16. Available from: <http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/>.
8. ALBALA B. C. Universidad católica de Chile Web site. [Online].; 2000 [cited 2016 Abril 02. Available from: <http://escuela.med.puc.cl:16080/publ/manualgeriatria/Autores.html>.
9. AGUILAR G. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. Tesis para optar el Título Profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2013.
10. Laguado Jaimes E, Gómez Díaz MP. Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia. Scielo. 2014 Junio; 19(1).
11. MINSA. Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Primera ed. Lima; 2013.
12. Elcorrobarrutia Jiménez M, Flores Llorca S. ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN LA URB. LA LIBERTAD, CHIMBOTE 2010. Tesis para optar título

profesional. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Escuela académico profesional de Enfermería; 2010.

13. Carrasco M. H. bvs.insp. [Online].; 2001 [cited 2016 Julio 07. Available from: <http://bvs.insp.mx/articulos/5/2/092001.htm>.
14. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Consulta Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Informe Técnico, 916. Ginebra: OMS/FAO; 2003. Report No.: ISBN 92 4 320916 7.
15. Torrejón Mendoza C, Reyna Márquez E. In crescendo. [Online].; 2012 [cited 2016 Agosto 14. Available from: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/116>.
16. Díaz Valderrama K. Informe de Internado Essalud ,2014-2015. Sustentación de Prácticas Pre-Profesionales. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca; 2015.
17. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. World Health Organization Web Site. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 28. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?ua=1.
18. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. mimp.gob.pe. [Online].; 2013 [cited 2016 Octubre 19. Available from: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf.
19. De la Montaña Miguélez J, Areal Salve C, Míguez Bernárdez M. [Online].
20. Pardo Robles YM, Rodríguez Núñez Y. In crescendo. [Online].; 2012 [cited 2016 Agosto 12. Available from: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/220>.
21. Acosta Ruiz AM, Rodríguez Núñez Y. Universidad los Angeles de Chimbote. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 7. Available from: <http://enfermeria.uladech.edu.pe/en/investigacion/finish/17-2013/86-estilo-de-vida-y-estado-nutricional-del-adulto-mayor-ana-maria-acosta-ruiz>.
22. Cribellero Depaz M, Vílchez Reyes A. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor, pueblo joven El Progreso, Chimbote, 2015. In Crescendo. 2015; 2(2).
23. Vigil K. Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota, 2014. Informe para optar el título profesional. Chota: Universidad Nacional de Cajamarca sede Chota, Escuela académico Profesional de Enfermería; 2014.
24. Quispe Mayta M, Roncal Rodríguez Y. ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS DEL ADULTO MAYOR. IA TULLPUNA. CAJAMARCA, 2013". Tesis para optar

- título profesional de Licenciada de Enfermería. Chota: Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Profesional de Enfermería; 2013.
25. ONU. Interacción Social en el Adulto Mayor. [Online].; 2012 [cited 2016 Octubre 29. Available from: <http://yearsgolden.blogspot.pe/>.
 26. ORTEGON N. Javeriana. [Online].; 2011 [cited 2016 Octubre 26. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>.
 27. Valencia Cerna D. Características Biológicas Psicológicas y Sociales que Infuyen en la Autoestima del Adulto Mayor Red Asistencial II, ESSALUD, Cajamarca 2015 Cajamarca; 2015.
 28. Congreso de la República Peruana. Ley N° 30490. 2016. Norma Legales Peruanas.
 29. Pedersen D. Biblioteca Virtual em Saúde. [Online].; 1998 [cited 2016 Noviembre 12. Available from: http://repebis.upch.edu.pe/articulos/ansm/v14n1_2/a1.pdf.
 30. Arellano Cueva R. Arellano Marketing Web site. [Online].; 1996 [cited 2016 Noviembre 12. Available from: <http://www.arellanomarketing.com/inicio/estilos-de-vida/>.
 31. Alvarez Nebreda C. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios Bravo J, editor. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
 32. Meriño L, Vasquez Mendez M, Simonetti C, Palacio M. Blog de Teorías de Enfermería. [Online].; 2012 [cited 2016 Diciembre 13. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>.
 33. García López C. arquidiocesisdelahabana.org. [Online].; 2002 [cited 2016 Noviembre 12. Available from: http://www.arquidiocesisdelahabana.org/contens/publica/amor_vida/a%20y%20v%20-2010/pdf/estilo%20de%20vida.pdf.
 34. Nutbeam. Biblioteca virtual de salud. [Online].; 1996 [cited 2016 Noviembre 12. Available from: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
 35. Ortega Sánchez JM. Prácticas de estilo de vida saludable en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, 2013 Lima; 2013.
 36. Sanz Porras J. <http://www.bvsde.paho.org/>. [Online].; 2008 [cited 2016 Noviembre 10. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/PORRAS.pdf>.
 37. Lopez G. Catarina.udlap.mx. [Online]. [cited 2016 Noviembre 13. Available from: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lda/lopez_g_m/capitulo1.pdf.

38. Arias Uztategui MF, Fruto Jouvin JS. www.dspace.espol.edu.ec. [Online].; 1995 [cited 2016 Nociembre 12]. Available from:
https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/24499/1/Lic_en%20Nutricion_Evaluacion%20de%20la%20composici%C3%B3n%20corporal%20por%20antropometria.pdf.
39. Aguilar Esenarro L, Contreras Rojas M, Del Canto y Dorador J, Vilchez DW. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. I ed. Salud Md, editor. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2013.
40. Arias Pacheco KA. <http://repositorio.puce.edu.ec/>. [Online].; 2013 [cited 2016 Diciembre 5]. Available from:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7532/8.29.001764.pdf?sequence=4>.
41. Tarqui Mamani C, Álvarez Dongo D, Espinoza Oriundo P, Gomez Guisado G. Scielo. [Online].; 2014 [cited 2016 Noviembre 07]. Available from:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n3/a09v31n3.pdf>.
42. Pender N, Walker S. University of Nebraska Web. [Online].; 1996 [cited 2016 Diciembre 05]. Available from: http://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf.
43. VARGAS J. DWyGF. UNFPA sitio web. [Online].; 2007 [cited 2017 Mayo 15]. Available from:
ftp://www.unfpa.org.pe/POBLACION_DESARROLLO/INEI/INEI_Perfiles_Sociodemograficos/INEI_Perfil_Sociodemografico_Cajamarca.pdf.
44. ORGANIZACION MUNDIA DE LA SALUD. WHO.int. [Online].; 2017 [cited 2017 Mayo 17]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/.
45. Valera L. Valoración Geriátrica integral y síndromes geriátricos. Segunda ed. Lima: Centro Editorial de la Universidad Cayetano Heredia; 2011.

Anexos

ANEXO 1 CÁLCULO DE MUESTRA

Se obtuvo usando la fórmula de cálculo de muestreo simple aleatorio, con una confiabilidad del 95% y administrando un error máximo tolerable con la estimación de 5%.

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

Supuestos:

n : Tamaño mínimo de muestra

N : Tamaño de la población =336

Z : 1.96 (coeficiente de confiabilidad 95%)

P : Proporción de adultos mayores limitante (0.50)

Q : proporción de adultos mayores que cumplen con los criterios de inclusión. (0.50)

E : Error máximo tolerable en la estimación (0.05)

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

$$n = \frac{336 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (336-1) + 1.96^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 179.48 = 180$$

La muestra fue conformada por 180 adultos mayores.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: ESTILO DE VIDA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR, CARTERA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR ESSALUD – CAJAMARCA 2017.

AUTORA: Díaz, K.

PROPÓSITO:

Determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor, Cartera del Adulto y Adulto Mayor, ESSALUD Cajamarca, Febrero 2017.

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 y participar en la evaluación antropométrica.

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.

El día de su participación, los adultos mayores recibirán los resultados de su estado nutricional según IMC, con las recomendaciones respectivas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

FIRMA DEL ENCUESTADO

ANEXO 3
CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILO DE VIDA
AUTOR: Walker, Sechrist, Pender Modificado Por: Lic. Enf. Raquel Díaz Ceclén, Lic.
Enf. Elena ReynaMarquez, Lic. Enf. Rocio Delgado Zavaleta (2008)

I. Datos Sociodemográficos:

- | | |
|--|--|
| <p>a. SEXO: MUJER ()
 HOMBRE ()</p> <p>b. EDAD:</p> <p>c. ESTADO CIVIL:</p> <p>d. GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....</p> | <p>e. RELIGIÓN:.....</p> <p>f. RESIDENCIA:.....</p> <p>g. ACTIVIDAD LABORAL:
 ¿TRABAJA? SI () NO ()</p> <p>ESPECIFIQUE:.....</p> |
|--|--|

II. Instrucciones

En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder. Encierra la letra que corresponde a la respuesta que refleja mejor tu forma de vivir.

N=Nunca V= A veces F=Frecuentemente S=Siempre

III. ESCALA DE ESTILOS DE VIDA

N° Ítems	DIMENSIONES	CRITERIO			
	ALIMENTACIÓN	N	V	F	S
1	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.				
2	Todos los días, Ud. Consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carnes, legumbres, cereales y granos.				
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.				
4	Incluye entre comidas el consume de frutas.				
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.				
6	Lee Ud. Las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO	N	V	F	S

7	Hace Ud. Ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.				
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.				
	MANEJO DE ESTRESS	N	V	F	S
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.				
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.				
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.				
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.				
	APOYO INTERPERSONAL	N	V	F	S
13	Se relaciona con las demás personas.				
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con las demás personas.				
15	Comenta sus deseos o 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 durante su vida.				
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.				
	RESPONSABILIDAD EN SALUD	N	V	F	S
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud.				
21	Cuando presente una molestia acude al establecimiento.				
22	Toma medicamentos solo prescrito por el médico.				
23	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.				
24	Creer que tu vida tiene un propósito.				
25	Consumo sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.				

Estos ítems conforman las seis sub-escalas de la siguiente forma:

- Nutrición: 1,2,3,4,5,6
- Actividad física: 7,8
- Manejo del estrés:9,10,11,12
- Relaciones interpersonales: 13,14,15,16
- Crecimiento Espiritual: 17,18,19
- Responsabilidad en salud: 20,21,22,23,24,25

Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación: NUNCA: N = 1; A VECES: V = 2; FRECUENTEMENTE: F = 3 y SIEMPRE: S = 4

El puntaje máximo del instrumento es 100 y el puntaje mínimo es 25. Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems, de la manera se procede en cada sub escala.

ANEXO 4
VALIDACIÓN DE ESCALA DEL ESTILO DE VIDA

A. VALIDEZ INTERNA DE LA ESCALA ESTILO DE VIDA

Para la validez de la Escala del Estilo de Vida, se aplicó la fórmula R de Pearson en cada uno de los ítems; obteniéndose:

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

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

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido.

(*) Se creyó conveniente dejar ítems por su importancia en el estudio.

B. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA ESTILO DE VIDA

Resumen del procesamiento de casos

		Nº	%
Casos	Válidos	27	93.1
	Excluidos(a)	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

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

Puntaje MINI IMC Talla (m)	CLASIFICACIÓN									
	PESO (kg)									
	Delgadez				Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	0	1		2		3		3		3
	< 19	> = 19	< 21	> = 21	23	> 23 *	< 28	> = 28	< 32	> = 32
1,30	32,0	32,1	35,3	35,4	38,8	38,9	47,2	47,3	53,9	54,0
1,31	32,5	32,6	35,9	36,0	39,4	39,5	47,9	48,0	54,8	54,9
1,32	33,0	33,1	36,4	36,5	40,0	40,1	48,6	48,7	55,6	55,7
1,33	33,5	33,6	37,0	37,1	40,6	40,7	49,4	49,5	56,5	56,6
1,34	34,0	34,1	37,6	37,7	41,2	41,3	50,1	50,2	57,3	57,4
1,35	34,5	34,6	38,1	38,2	41,9	42,0	50,9	51,0	58,2	58,3
1,36	35,0	35,1	38,7	38,8	42,5	42,6	51,6	51,7	59,0	59,1
1,37	35,5	35,6	39,3	39,4	43,1	43,2	52,4	52,5	59,9	60,0
1,38	36,0	36,1	39,8	39,9	43,8	43,9	53,2	53,3	60,8	60,9
1,39	36,6	36,7	40,4	40,5	44,4	44,5	53,9	54,0	61,7	61,8
1,40	37,1	37,2	41,0	41,1	45,0	45,1	54,7	54,8	62,6	62,7
1,41	37,6	37,7	41,6	41,7	45,7	45,8	55,5	55,6	63,5	63,6
1,42	38,2	38,3	42,2	42,3	46,4	46,4	56,3	56,4	64,4	64,5
1,43	38,7	38,8	42,8	42,9	47,0	47,1	57,1	57,2	65,3	65,4
1,44	39,2	39,3	43,4	43,5	47,6	47,7	57,9	58,0	66,2	66,3
1,45	39,8	39,9	44,0	44,1	48,3	48,4	58,7	58,8	67,1	67,2
1,46	40,4	40,5	44,6	44,7	49,0	49,1	59,5	59,6	68,1	68,2
1,47	40,9	41,0	45,2	45,3	49,7	49,8	60,4	60,5	69,0	69,1
1,48	41,5	41,6	45,8	45,9	50,3	50,4	61,2	61,3	69,9	70,0
1,49	42,0	42,1	46,5	46,6	51,0	51,1	62,0	62,1	70,9	71,0
1,50	42,6	42,7	47,1	47,2	51,7	51,8	62,9	63,0	71,9	72,0
1,51	43,2	43,3	47,7	47,8	52,4	52,5	63,7	63,8	72,8	72,9
1,52	43,7	43,8	48,4	48,5	53,1	53,2	64,5	64,6	73,8	73,9
1,53	44,3	44,4	49,0	49,1	53,8	53,9	65,4	65,5	74,8	74,9
1,54	44,9	45,0	49,7	49,8	54,5	54,6	66,3	66,4	75,7	75,8
1,55	45,5	45,6	50,3	50,4	55,2	55,3	67,1	67,2	76,7	76,8
1,56	46,1	46,2	51,0	51,1	55,9	56,0	68,0	68,1	77,7	77,8
1,57	46,7	46,8	51,6	51,7	56,6	56,7	68,9	69,0	78,7	78,8
1,58	47,3	47,4	52,3	52,4	57,4	57,5	69,7	69,8	79,7	79,8
1,59	47,9	48,0	52,9	53,0	58,1	58,2	70,6	70,7	80,7	80,8
1,60	48,5	48,6	53,6	53,7	58,8	58,9	71,5	71,6	81,8	81,9
1,61	49,1	49,2	54,3	54,4	59,6	59,7	72,4	72,5	82,8	82,9
1,62	49,7	49,8	55,0	55,1	60,3	60,4	73,3	73,4	83,8	83,9
1,63	50,3	50,4	55,6	55,7	61,1	61,2	74,2	74,3	84,9	85,0
1,64	51,0	51,1	56,3	56,4	61,8	61,9	75,2	75,3	85,9	86,0
1,65	51,6	51,7	57,0	57,1	62,6	62,7	76,1	76,2	87,0	87,1
1,66	52,2	52,3	57,7	57,8	63,3	63,4	77,0	77,1	88,0	88,1
1,67	52,8	52,9	58,4	58,5	64,1	64,2	77,9	78,0	89,1	89,2
1,68	53,5	53,6	59,1	59,2	64,9	65,0	78,9	79,0	90,2	90,3
1,69	54,1	54,2	59,8	59,9	65,6	65,7	79,8	79,9	91,2	91,3
1,70	54,8	54,9	60,5	60,6	66,4	66,5	80,8	80,9	92,3	92,4
1,71	55,4	55,5	61,3	61,4	67,2	67,3	81,7	81,8	93,4	93,5
1,72	56,1	56,2	62,0	62,1	68,0	68,1	82,7	82,8	94,5	94,6
1,73	56,7	56,8	62,7	62,8	68,8	68,9	83,7	83,8	95,6	95,7
1,74	57,4	57,5	63,4	63,5	69,6	69,7	84,6	84,7	96,7	96,8
1,75	58,0	58,1	64,2	64,3	70,4	70,5	85,6	85,7	97,9	98,0
1,76	58,7	58,8	64,9	65,0	71,2	71,3	86,6	86,7	99,0	99,1
1,77	59,4	59,5	65,6	65,7	72,0	72,1	87,6	87,7	100,1	100,2
1,78	60,0	60,1	66,4	66,5	72,8	72,9	88,6	88,7	101,2	101,3
1,79	60,7	60,8	67,1	67,2	73,6	73,7	89,6	89,7	102,4	102,5
1,80	61,4	61,5	67,9	68,0	74,5	74,6	90,6	90,7	103,5	103,6
1,81	62,1	62,2	68,6	68,7	75,3	75,4	91,6	91,7	104,7	104,8
1,82	62,8	62,9	69,4	69,5	76,1	76,2	92,6	92,7	105,8	105,9
1,83	63,5	63,6	70,2	70,3	77,0	77,1	93,6	93,7	107,0	107,1
1,84	64,2	64,3	70,9	71,0	77,8	77,9	94,6	94,7	108,2	108,3
1,85	64,9	65,0	71,7	71,8	78,7	78,8	95,7	95,8	109,4	109,5

<: menor >: mayor ≥: mayor o igual

Valores de peso considerados con el primer decimal (sin redondear)

* >23: Valores de peso con el primer decimal correspondiente al IMC 23 + 0,1

APÉNDICE

Tabla A. Peso y talla del Adulto del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor, EsSalud febrero-2017.

Valores Antropométricos	N	Mínimo	Máximo	Media
Peso	180	38	99	65,8
Talla	180	1,35	1,8	1,6
IMC	180	16,67	38,87	27,13

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud, febrero- 2017.

Tabla B. El Estilo de vida del adulto mayor según sexo de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor, EsSalud febrero-2017.

Estilo de vida	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Saludable	5	4,9	5	6,4	10	5,6
No saludable	97	95,1	73	93,6	170	94,4
Total	102	100	78	100	180	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud, febrero- 2017.

Tabla C. Estado Nutricional: Índice de Masa Corporal del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor, EsSalud febrero-2017.

Estado Nutricional	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Delgadez	10	5,6	11	6,1	21	11,7
Normal	49	27,2	45	25,0	94	52,2
Sobrepeso	30	16,7	18	10,0	48	26,7
Obesidad	13	7,2	4	2,2	17	9,4
Total	102	56,7	78	43,3	180	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud, febrero- 2017.

Tabla D. Estilo de vida según edad y estado nutricional de los adultos mayores según edad de la Cartera de Adulto Mayor, EsSalud Febrero-2017.

Estilo de vida / Edad	Estado Nutricional										P valor
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
60 a 70 años											
Saludable	0	0.0	1	0.6	1	0.6	0	0.0	2	1.1	0.837
No Saludable	9	5.0	62	34.4	27	15.0	10	5.6	108	60.0	
71 a 80 años											
Saludable	0	0.0	4	2.2	1	0.6	3	1.7	8	4.4	0.152
No Saludable	4	2.2	15	8.3	14	7.8	4	2.2	37	20.6	
81 a 90 años											
Saludable											
No Saludable	8	4.4	12	6.6	5	2.8	0	0.0	25	13.9	
Total	21	11.6	94	52.1	48	26.8	17	9.5	180	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud, Febrero- 2017.

Tabla E: Estilo de vida según actividad actual y estado nutricional de los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor, EsSalud Febrero-2017.

Estilo de vida / Laboralmente activo	Estado Nutricional										P valor
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Trabaja											
Saludable	0	0.0	2	1.1	1	0.6	0	0.0	3	1.7	0.924
No Saludable	2	1.1	15	8.3	12	6.7	1	0.6	30	16.7	
No Trabaja											
Saludable	0	0.0	3	1.7	1	0.6	3	1.7	7	3.9	0.142
No Saludable	19	10.6	74	41.1	34	18.9	13	7.2	140	77.8	
Total	21	11.7	94	52.2	48	26.8	17	9.5	180	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de la Cartera de Adulto Mayor EsSalud, Febrero- 2017.