

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**Escuela Profesional de Enfermería**



**TESIS**

“Calidad de vida y estado nutricional en adultos mayores Centro de  
Salud Bellavista Abancay 2022”

Presentado por:

**Bach. HENRRY HUAMANI TINTAYA**

**Bach. AYDE LEONOR VILLAVICENCIO CAVERO**

Para Optar el Título Profesional en:

**Licenciado(a) en Enfermería**

**Abancay – Apurímac – Perú**

**2023**

## **Tesis**

“Calidad de vida y estado nutricional en adultos mayores Centro Salud  
Bellavista Abancay 2022”

### **Línea de investigación:**

Salud pública

### **Asesor(a):**

Dra. Cecilia Clotilde Huamán Nahula



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CALIDAD DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LOS ADULTOS  
MAYORES CENTRO DE SALUD BELLAVISTA ABANCAY 2022”**

Presentado por **HENRRY HUAMANI TINTAYA** y **AYDE LEONOR VILLAVICENCIO CAVERO**, para optar el Título Profesional de Licenciado(a) en Enfermería.

Sustentado y aprobado el 31 de agosto del 2023 ante jurados:

**Presidente** : Mag. Rubén Marquez Ticona

**Primer miembro** : Mag. Rosa Llacma Hilares

**Segundo miembro** : Mag. Justina Cervantes Carrión

**Asesor(a)** : Dra. Cecilia Clotilde Huaman Nahula

## “Calidad de vida y estado nutricional en adultos mayores Centro de Salud Bellavista Abancay 2022”

### INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes

Trabajo del estudiante

6%

2

repositorio.utea.edu.pe

Fuente de Internet

3%

3

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

enfermeriavirtual.com

Fuente de Internet

1%

5

dspace.esPOCH.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

6

hdl.handle.net

Fuente de Internet

<1%

7

Submitted to Universidad Alfonso X el Sabio

Trabajo del estudiante

<1%

8

repositorio.upch.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis al Patrón San Miguel Arcángel Mamara por darme vida y salud, durante todo el proceso de formación y prácticas pre profesionales en la carrera que elegí, A mis padres Gabriel y Cosme a mi hermana Melissa quienes me apoyaron de manera incondicional durante toda mi formación universitaria, a mis amigos, familiares por sus buenos consejos y compañía durante toda esta etapa de mi vida. A la Universidad Tecnológica de los Andes y a todos los docentes que nos brindaron sus conocimientos, consejos para ser mejores personas y profesionales.

Henry.

Dedico esta tesis con mucho amor y respeto a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida a mis amigas por estar siempre conmigo y por no abandonarme en momentos difíciles. A mis padres Wilfredo y Bertha, quienes dieron lo mejor de ellos para darme una buena educación y valores para poder enfrentarme a la vida y pueda así cumplir mis sueños, a mis abuelos por sus sabios consejos, a mí hermano y mis familiares. A la Universidad Tecnológica de los Andes y a todos los docentes que nos brindaron conocimientos para forjarnos como grandes profesionales.

Ayde Leonor.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco mucho por la ayuda a los docentes que nos han permitido desarrollar nuestro trabajo de investigación, a los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por ser parte de nuestra formación como personas y profesionales en especial a nuestra asesora de tesis Dra. Cecilia Clotilde Huamán Nahula por guiarnos en nuestro trabajo de investigación, al personal del Centro de Salud Bella vista Abancay por su apoyo en la realización de la presente investigación y a cada uno de los adultos mayores quienes participaron en la investigación, por su tiempo y colaboración.

Henry.

Nuestro más sincero agradecimiento a nuestros docentes de la Escuela Profesional de enfermería, por ser parte de nuestra formación como personas y profesionales de bien en especial a nuestra asesora Dra. Cecilia Clotilde Huamán Nahula. También al personal del Centro de Salud Bellavista de Abancay, por su apoyo en la realización de la presente tesis. Por último, pero no menos importante a cada uno de los adultos mayores atendidos en el puesto de salud Bellavista de Abancay, por su tiempo y colaboración.

Ayde Leonor.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PORTADA</b>	<b>I</b>
<b>POSPORTADA</b>	<b>II</b>
<b>PÁGINAS PRELIMINARES</b>	
PÁGINA DE JURADOS	III
INDICE DE SIMILITUD (Turnitin)	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ACRÓNIMOS	XIII
<b>RESUMEN</b>	<b>XIV</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>XV</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>XVI</b>
CAPÍTULO I .....	1
PLAN DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	1
1.2 Identificación del problema .....	5
1.2.1 Problema general.....	5
1.2.2 Problemas específicos.....	5
1.3 Justificación de la investigación .....	6
1.4 Objetivos del estudio.....	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2 Objetivos específicos .....	7

1.5	Delimitaciones de la investigación .....	7
1.5.1	Espacial .....	7
1.5.2	Temporal.....	8
1.5.3	Social .....	8
1.5.4	Conceptual.....	8
1.6	Viabilidad de la investigación .....	8
1.6.1	Económico.....	8
1.6.2	Social.....	8
1.6.3	Técnica.....	8
1.7	Limitaciones de la investigación.....	9
CAPÍTULO II .....		10
MARCO TEÓRICO.....		10
2.1	Antecedentes del estudio.....	10
2.1.1	A nivel internacional.....	10
2.1.2	A nivel nacional.....	12
2.1.3	A nivel regional y local .....	15
2.2	Bases teóricas.....	15
2.2.1	Teoría de autotrascendencia .....	15
2.2.2	Teoría del cuidado de la cultura.....	16
2.2.3	Modelo de conservación .....	16
2.2.4	calidad de vida .....	17
2.2.5	Estado nutricional .....	20
2.2.6	Clasificación del estado nutricional.....	20
2.2.7	Obesidad .....	21
2.2.8	Índice de masa corporal.....	21
2.3	Marco conceptual.....	22
CAPÍTULO III .....		25

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.1 Hipótesis .....	25
3.1.1 Hipótesis general .....	25
3.1.2 Hipótesis específicas .....	25
3.2 Método .....	25
3.3 Tipo de investigación .....	26
3.4 Nivel o alcance de investigación .....	26
3.5 Diseño de investigación .....	26
3.6 Operacionalización de variables .....	27
3.7 Población, muestreo y muestra.....	29
3.7.1 Población .....	29
3.7.2 Población de estudio.....	30
3.7.3 Muestreo .....	30
3.7.4 Muestra .....	30
3.8 Técnicas e instrumentos .....	31
3.8.1 Técnicas. ....	31
3.8.2 Instrumentos de medición.....	31
3.9 Consideraciones éticas .....	32
3.10 Procedimiento estadístico .....	32
CAPÍTULO IV .....	33
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
4.1 Resultados .....	33
4.2 Discusión de resultados .....	44
4.3 Prueba de hipótesis .....	45
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES .....	48
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS .....	49

Recursos .....	49
Cronograma de actividades .....	50
Presupuesto y financiamiento .....	51
BIBLIOGRAFÍA .....	52
ANEXOS .....	56
Anexo 1. Matriz de consistencia .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 2. Escala calidad de vida .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 3. Ficha de observación estado nutricional de la historia clínica ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 4. Formulario de consentimiento de sustituto.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 5. Solicitud de acceso y facilidades para el trabajo de campo .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 6. Evidencias del trabajo de campo .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 7. Constancia de término del trabajo del campo .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 8. Bases de datos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 9. Prueba de normalidad.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 10. Prueba de hipótesis .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 11. Prueba de similitud .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Calidad de vida con estado nutricional. ....	33
<b>Tabla 2.</b> Calidad de vida. ....	36
<b>Tabla 3.</b> Estado nutricional. ....	37
<b>Tabla 4.</b> Salud física y mental con estado nutricional. ....	38
<b>Tabla 5.</b> Redes sociales con estado nutricional. ....	40
<b>Tabla 6.</b> Ingresos económicos con estado nutricional. ....	42

## TABLA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Calidad de vida con estado nutricional.....	34
<b>Figura 2.</b> Calidad de vida. ....	36
<b>Figura 3.</b> Estado nutricional. ....	37
<b>Figura 4.</b> Salud física y mental con estado nutricional. ....	38
<b>Figura 5.</b> Redes sociales con estado nutricional. ....	40
<b>Figura 6.</b> Ingresos económicos con estado nutricional.....	42

## ACRÓNIMOS

CIAM	: Centro Integral del Adulto Mayor
CRED	: Control de Crecimiento y Desarrollo
CV	: Calidad de vida
EN	: Estado nutricional
IMC	: índice de masa corporal
IPRESS	: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
MNA	: Mini-Nutritional Assessment
OMS	: Organización Mundial de la Salud
PA	: Perímetro abdominal
PROMSA	: Programa de prevención de la salud.
QoL-Old	: Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida-Anciano
RSE	: Ritual de la significancia estadística
VACAM	: Valoración Clínica del Adulto Mayor.
WHOQOL-BREF	: Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida, versión breve

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional en adultos mayores Centro de Salud Bellavista Abancay 2022.

**Metodología:** Básico, relacional y no experimental. Población 145 adultas(os) mayores, población de estudio 142, muestreo probabilístico aleatorio simple y muestra 104. Técnicas encuesta y observación. Instrumentos de medición: escala de calidad vida y ficha de observación estado nutricional de la historia clínica. La escala fue adoptada con la validez y consistencia requerida. Mientras, para la ficha se exceptuó y por ser variable objetiva

**Resultados:** Descriptivos, el 98.1% (102) refirieron tener una calidad de vida regular. El 34.6% (36) presentaron un estado nutricional normal. Inferenciales entre segunda variable y dimensiones, el 34.6% (36) a la evaluación del IMC presentaron estado nutricional normal, de los cuales después de la escala aplicada, el 29.8% (31) refirieron tener una salud física y mental regular. El 29.8% (31) refirieron tener redes sociales regular. El 27.9% (29) refirieron tener ingresos económico regular. Inferencial entre variables, el 34.6% (36) a la evaluación del IMC presentaron estado nutricional normal, de los cuales después de la escala aplicada, el 33.7% (35) refirieron tener calidad de vida regular. Estadísticos descriptivos e inferenciales de prueba Rho de Spearman.

**Conclusiones:** No ha logrado demostrar relación entre la calidad de vida con el estado nutricional en adultas(os) mayores.

**Palabras claves:** Calidad de vida, estado nutricional, adultas(os) mayores.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between quality of life and nutritional status in older adults Bellavista Abancay Health Center 2022.

**Methodology:** Basic, relational and non-experimental research. Population 145 older adults, study population 142, simple random probabilistic sampling and sample 104. Survey and observation techniques. Measurement instruments: quality of life scale and nutritional status observation sheet from the clinical history. The scale was adopted with the required validity and consistency. Meanwhile, for the record it was excepted and because it is an objective variable

**Results:** Descriptive, 98.1% (102) reported having a regular quality of life. 34.6% (36) presented a normal nutritional status. Inferential between the second variable and dimensions, 34.6% (36) at the BMI evaluation presented normal nutritional status, of which after the applied scale, 29.8% (31) reported having regular physical and mental health. 29.8% (31) reported having regular social networks. 27.9% (29) reported having a regular economic income. Inferential between variables, 34.6% (36) at the BMI evaluation presented normal nutritional status, of which after the applied scale, 33.7% (35) reported having a regular QoL. Descriptive and inferential statistics of Spearman's Rho test.

**Conclusions:** It has not been able to demonstrate a relationship between quality of life and nutritional status in older adults.

**Keywords:** Quality of life, nutritional status, older adults.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CV) es un concepto valioso que es multidimensional, interdisciplinario y multifactorial. La CV debe ser evaluada desde las condiciones materiales y espirituales con el fin de promover el desarrollo psicológico, biológico, social e histórico, el grado en que se logran la satisfacción personal y las condiciones de vida y si superan positiva o negativamente la salud. (1) Ampliando la definición de CV Es el grado en que una persona está sana, cómoda y es capaz de participar en los acontecimientos de la vida o disfrutar de la vida. (2) Muchas personas mayores prefieren envejecer en el lugar, es decir, en sus propios hogares, para poder disfrutar de cierto nivel de independencia y apreciar la vida en un entorno que les es muy familiar. Los miembros de la familia pueden tener una gran influencia en la CV de sus seres queridos, simplemente tomándose el tiempo para tratar de comprender lo que realmente les importa a las personas mayores. La razón por la cual la calidad de vida es tan importante para las personas mayores es que les brinda una razón para seguir adelante, en lugar de simplemente darse por vencidos y aceptar su destino. (3)

Las personas mayores tienen más probabilidades de sufrir varias afecciones de salud debido a un funcionamiento físico y mental reducido. Soledad, disfunción sexual, trastornos metabólicos crónicos, exclusión social, etc. son todas causas de trastornos del estado de ánimo. (Farzianpour et al., 2012) y citado (4)

Una valoración del adulto mayor a lo largo de la vida ayuda a prevenir enfermedades crónicas, y sabemos que nunca es demasiado tarde para hacer mejoras para apoyar un envejecimiento saludable. Los adultos mayores están expuestos a mayor riesgo de enfermedades crónicas, como enfermedades

cardíacas y cáncer, así como de problemas de salud relacionados con cambios en la masa muscular y ósea, como la osteoporosis. La solución está dada que puede mitigar algunos de los riesgos comiendo alimentos ricos en nutrientes y manteniendo un estilo de vida activo. Los adultos mayores generalmente tienen necesidades calóricas más bajas, pero necesidades de nutrientes similares o incluso mayores en comparación con los adultos más jóvenes. Esto a menudo se debe a una menor actividad física, cambios en el metabolismo o pérdida de masa ósea y muscular relacionada con la edad. (5)

El crecimiento sostenido de la longevidad plantea interrogantes sobre ¿Por qué algunas personas de tercera edad reportan calidad de vida buena? y mientras que otros, parecen sufrir más marcadamente los efectos del deterioro natural. La calidad de vida relacionada con la salud está mediada por varios factores fácilmente medibles, incluidos los sociodemográficos, la morbilidad, el estado funcional y los estilos de vida. La naturaleza multifacética de la calidad de vida en la vejez destaca la necesidad de implementar un enfoque más multidisciplinario para comprender su complejidad. Una consideración más cercana de dominios tales como las necesidades de apoyo psicológico y social debería proporcionar una mejor comprensión de por qué un anciano se siente bien a pesar del deterioro natural asociado con el envejecimiento, mientras que otro, en condiciones aparentemente similares, se siente mal. (6)

Consideraciones preliminares, motivaron ejecutar el estudio de investigación y optar el título profesional, con el aporte de un estudio de tipo básico, relacional, no experimental y con el acompañamiento de habilidades y técnicas de investigación de equipo de asesores, basados con la rigurosidad científica requerida y heurística.

La presentación del trabajo de investigación obedeció a la estructuración esquemática proporcionada por la universidad respectivamente.

## CAPÍTULO I

### PLAN DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Descripción de la realidad problemática

La calidad de vida (CV) incluye la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses.

(7) En tanto, la segunda variable de estudio, el estado nutricional (EN) comprenden la situación física, fisiológica y bioquímica asociado con la provisión de alimentos, ingestión, absorción y utilización de nutrientes en personas adultas mayores. (8)

Para contextualizar la realidad problemática se utilizó el método embudo, panorama que fue iniciado con datos internacional. La Organización Panamericana de la Salud 2023 reporta que, en 2020, 131,3 millones de personas en la región no tuvieron acceso a una dieta saludable. Los países de América Latina y el Caribe tienen una tasa de éxito menor que otras regiones del mundo. Entre 2019 y 2021, el número de personas hambrientas en la región afectada por la epidemia aumentó en 13,2 millones, y el número total de personas hambrientas en 2021 alcanzó los 56,5 millones. De 2019 a 2021, la incidencia del hambre alcanzó el 7,9%

en América del Sur, el 8,4% en Centroamérica y el 16,4% en el Caribe. (9) Situación que también una proporción mayoritaria de la población de tercera edad y cuarta edad estuvieron inmersos a problemas de alimentación deficitaria.

En una revisión narrativa 2021, La desnutrición en los adultos mayores se considera un problema de salud complejo asociado no sólo con un aumento de la mortalidad y la morbilidad, sino también con el deterioro de la condición física que afecta grave y ampliamente las actividades de la vida diaria y la CV en general. Se necesita más investigación para comprender los cambios relacionados con el envejecimiento que son indicadores tempranos o precursores de la desnutrición que luego pueden abordarse para prevenir el desarrollo de la desnutrición. (10)

En Estados Unidos 2023, en las últimas décadas, ha habido un aumento global en la prevalencia de la obesidad en adultos mayores, que ahora afecta a alrededor de un tercio de la población mundial. Según estudios recientes, una variedad de factores, incluidos la genética y la biología, así como factores ambientales, fisiológicos y psicosociales, pueden tener un papel en el desarrollo de la obesidad. La prevalencia de la obesidad es a menudo mayor entre los grupos hispanoamericanos que entre los blancos en los EE. UU. La obesidad es una afección generalizada con un alto riesgo de morbilidad y muerte, y es bien sabido que la prevalencia de comorbilidades aumenta con los niveles crecientes de obesidad o índice de masa corporal. (11)

En Brasil 2021, la predominante de sobrepeso en adultos mayores fue del 59.3% y de obesidad del 21.7%. En ambos resultados se observó asociación con la inactividad física, la hipertensión arterial y la diabetes ( $p < 0,05$ ). Además, la obesidad se asoció con la depresión y la mala autoevaluación de la salud ( $p < 0,05$ ). En este estudio, más de la mitad de los participantes eran obesos, con mayor prevalencia entre mujeres con menor nivel educativo y asociación con enfermedades crónicas no transmisibles y estilo de vida sedentario. (12)

Otros resultados empíricos. Griffin et al. 2020, la prevalencia de desnutrición en Irlanda fue el 7.6% y el riesgo de desnutrición 28% en adultos mayores. (13) Asimismo, Fuentes et al. 2020, la prevalencia de desnutrición es mayor que en México (11,3%), donde la tasa de desnutrición es del 25,34% y el riesgo de desnutrición es del 49%, frente al 26%. (14) y el autor Damayanthi et al. 2018, la prevalencia de desnutrición fue el 12.5%, riesgo de desnutrición 52.4% y nutrición buena 35.1% en personas de tercera edad en la India. (15) Otros resultados: Navaneetha et al. 2018, el 41.9% se encontraban con una nutrición normal, el 46.5% en riesgo de desnutrición y el 11.6% desnutridos en adultos mayores en la India. (16) Para terminar con las internacionales. Kutikuppala et al. 2018, los hallazgos del promedio del IMC fueron de  $22 \pm 3$  kg/m<sup>2</sup> y la puntuación media del Mini Nutritional Assessment (MNA) de  $21.5 \pm 4.7$  y el 14.5% con desnutrición en adultos mayores en la India. (17)

Datos nacionales de estado nutricional. En la Amazonía peruana 2023, la fragilidad es un síndrome biológico que conduce a una pérdida de reserva

fisiológica, aumentando la susceptibilidad a eventos adversos para la salud. Las personas mayores viven sin apenas recursos económicos, presentando un déficit calórico que se relaciona con deterioro funcional y cognitivo. El 80% de adultos mayores a la evaluación presentaron desnutrición o en riesgo y el 13% tenía dependencia total o moderada y finalmente concluye el estado nutricional de los adultos mayores era deficiente. (18)

Otros resultados empíricos. Hanco 2022, el 48.9% presentaron delgadez, el 32.9% normal, el 15.9%, sobre peso y el 2.1% obesidad en adultos mayores en Puno. (19) Otros resultados. Barrer 2020, el 96.4% bien nutridos y 3.6% riesgo de desnutrición en las personas de tercera edad en Lima. (20) Calderón 2019, el 29.9% normal, 30.8% delgadez, 17.8% sobrepeso y 21.5% obesidad en personas de tercera edad Cusco. (21) Chahua 2018, el 38.8% sobrepeso, 36.3% normal, 15% obesidad y 10% bajo peso en adultos mayores Lima. (22) Montalbán et al. 2017 ,el estudio encontró que las personas mayores de 80 años tienen un riesgo 78% mayor de desnutrición, mientras que las personas entre 60 y 79 años tienen un riesgo 64% mayor. La prevalencia del estado nutricional normal fue mayor entre las personas de 60 a 79 años, del 31% en comparación con el 22% de las personas mayores de 80 años. (23)

Resultados empíricos nacional de calidad de vida. Baldeon et al. 2021, dimensión salud física el 57.8% calidad de vida regular y 21.7% calidad de vida malo, dimensión salud mental 59% calidad de vida malo y 49% CV regular en adultos mayores Trujillo. (24) Morales 2021, el 44% CV mala,

31% calidad de vida regular y 25% calidad de vida buena en personas de tercera edad Piura. (25) Y por último. Pablo 2016, el 46% calidad de vida mala, 41.3% calidad de vida regular y 12.7% calidad de vida buena en adultos mayores Lima. (26)

Resultados empíricos regional de calidad de vida. Acosta et al. 2022, el 58.2% calidad de vida bajo en adultos mayores Andahuaylas. (27) Centeno et al. 2022, el 51% calidad de vida normal, el 48% calidad de vida regular y el 1% calidad de vida bueno en personas de tercera edad Andahuaylas. (28) Local. Según referencia verbal del personal responsable del área adulto mayor del Centro de Salud Bellavista, manifestó la existencia de problemas nutricionales de la población de adultos mayores y en Bellavista. Asimismo, el problema se corroboró en las visitas domiciliarias realizadas durante las prácticas comunitarias. Por tales consideraciones, fue necesario realizar el estudio relacional, la calidad de vida como variable de estudio y estado nutricional como variable de control.

## 1.2 Identificación del problema

### 1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y estado nutricional adultos mayores Centro de Salud Bellavista Abancay 2022?

### 1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cómo es la calidad de vida en adultos mayores?
- ¿Cómo es el estado nutricional en adultos mayores?
- ¿Cuál es la relación entre salud física y mental con estado nutricional en adultos mayores?

- ¿Cuál es la relación entre redes sociales con estado nutricional en adultos mayores?
- ¿Cuál es la relación entre ingresos económicos con estado nutricional en adultos mayores?

### 1.3 Justificación de la investigación

La estructuración de la justificación corresponde a la propuesta de Hernández.

(29) Dichas consideraciones fueron las siguientes:

Valor teórico. Siendo estudio de tipo básico, el propósito es construir más conocimientos teóricos, basados en teorías y modelos propias de las variables de estudio. Los resultados y las conclusiones para las futuras investigaciones permitirán el enriquecimiento del marco teórico.

Conveniencia. Tener resultados en el contexto espacial señalado, a manera de réplica el estudio relacional y genere argumentos empíricos para estudios explicativos, predictivos y finalmente aplicativo.

Relevancia social. Al extrapolar los resultados y conclusiones, la población beneficiaria serán adultos mayores, en términos prácticos y reales, las intervenciones sanitarias del equipo de salud, respecto a calidad de vida está pendiente, de la actualización inminente por el sector ministerial y previo estudios aplicativos.

Implicaciones prácticas y de desarrollo. Los alcances inmediatos con resultados descriptivos, a las autoridades sanitarias del establecimiento de salud, enmarcada parte de su competencia generar intervenciones y las cuales haya la cobertura necesaria respecto al estado nutricional.

Utilidad metodológica. A partir de los resultados descriptivos e inferenciales.

El MINSA, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, municipalidades y

organismos no gubernamentales de Abancay. A iniciativa de la Dirección Regional de Salud Apurímac se impulse articulación interinstitucional para efectos de valoración, diagnóstico con escala de medición, elaborada por MINSA, tratamiento y prevención de la calidad de vida regular.

#### 1.4 Objetivos del estudio

##### 1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida y estado nutricional en adultos mayores Centro de Salud Bellavista Abancay 2022.

##### 1.4.2 Objetivos específicos

- Describir la calidad de vida en adultos mayores.
- Describir el estado nutricional en adultos mayores.
- Relacionar la salud física y mental con estado nutricional en adultos mayores.
- Relacionar las redes sociales con estado nutricional en adultos mayores.
- Relacionar los ingresos económicos con estado nutricional en adultos mayores.

#### 1.5 Delimitaciones de la investigación

##### 1.5.1 Espacial

La investigación se ejecutó en el Centro de Salud Bellavista de la Urbanización Bellavista, Centro Poblado Américas, distrito y provincia de Abancay y región Apurímac.

### 1.5.2 Temporal

Según el calendario de eventos, el periodo de implementación es de octubre de 2021 a 2022 y de enero a junio de 2023.

### 1.5.3 Social

La población del estudio estuvo conformada por personas de tercera edad y de ambos sexos.

### 1.5.4 Conceptual

El tema de estudio relacional por dos variables calidad de vida y estado nutricional.

## 1.6 Viabilidad de la investigación

### 1.6.1 Económico.

El costo de la ejecución del estudio fue autofinanciado, tal presupuesto fue mencionado cuando fue proyecto de tesis y se evidencia también en la sección aspectos administrativos.

### 1.6.2 Social.

La población de estudio estuvo integrada por 104 adultas(os) mayores de ambos sexos y asegurados(as) al Sistema Integral de Salud atendidos(as) Centro de Salud Bellavista Abancay.

### 1.6.3 Técnica.

El instrumento de medición utilizado para calidad de vida fue con validez y consistencia necesaria. Mientras, para medir estado nutricional elaboración propia y exceptuando el procedimiento de validez y otros por tratarse variable objetiva.

Por tales consideraciones, en su momento se declaró viable el estudio.

#### 1.7 Limitaciones de la investigación

Durante las visitas domiciliarias y aplicar la herramienta de medición de calidad de vida, no se logró abordar a todos los participantes, ante el anuncio de familiares o vecinos que, la participante o el participante no se encuentra en la jurisdicción del trabajo de campo, motivo de viaje, fallecimiento y participante ubicado niega no participar con el estudio. Tales hechos, produjo ampliación del período de recolección de datos.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del estudio

##### 2.1.1 A nivel internacional

Tucker et al. 2022, estudio cuyo título: estado nutricional y calidad de vida de los adultos mayores. Objetivo: Revisar entre las variables del estudio. Materiales y métodos: Revisión sistemática y metaanálisis de estudios publicados entre 1995 y 2020. La búsqueda en las bases de datos MEDLINE, PsycINFO, Emtree y Embase, se identificaron 21 estudios. Los resultados transversales y cuasiexperimentales revelaron una asociación positiva significativa entre el estado nutricional y la calidad de vida. Por el contrario, los metaanálisis de ECA mostraron tendencias no significativas entre las variables del estudio. El tamaño del efecto es pequeño. (30)

Sharma et al. 2021, estudio cuyo título: calidad de vida y estado nutricional población geriátrica de la parte Centro-Sur Nepal. Objetivo: Evaluar la asociación entre calidad de vida y estado nutricional. Materiales y métodos: Estudio relacional y transversal, 328 participante se utilizaron Quality of Life y Mini-Nutritional Assessment.

Resultados: El 48.2% CV buena y el 51.8% CV mala. El 45.7% presentaron riesgo de desnutrición, el 19.8% desnutrición y el 34.5% estado nutricional normal. Prueba de hipótesis pertinente. Conclusión: Asociación significativa entre calidad de vida y estado nutricional. (31)

Şimşek et al. 2021, estudio cuyo título: Asociación entre la calidad de vida y estado nutricional de los residentes de hogares de ancianos o ancianas que viven en la comunidad en Ankara –Turquía. Objetivo: Evaluar la relación entre variables de estudio. Materiales y métodos: Estudio transversal, reclutaron 100 participantes, se evaluó mediante QoL-Old de la OMS y Mini Evaluación Nutricional (MNA). Resultados: El riesgo de desnutrición fue mayor y la calidad de vida fue menor ( $p < 0.05$ ). Conclusión: Hubo asociación significativa entre calidad de vida y estado nutricional. (32)

Villareal et al. 2021, estudio cuyo título: Salud y calidad de vida autopercebida en los adultos mayores municipio del caribe colombiano. Objetivo: Determinar la asociación entre las variables de estudio. Materiales y métodos: Investigación básica, relacional y transversal, 365 participantes adultos mayores seleccionados aleatoriamente. Se aplicaron las herramientas de medición respectiva. Resultados: El 54% percibieron la CV deficiente y el 56% percibieron su salud como positiva el 44% como negativa. Conclusión: Se encontró relación en las variables de calidad de vida y de salud autopercebida. (33)

Kurniawati et al. 2018, estudio cuyo título: estado nutricional y calidad de vida en adultos mayores en West Sumatra-Indonesia. Objetivo: Examinar la relación entre variables. Métodos y materiales: Estudio relacional, no experimental, 125 participantes, utilizaron Mini Evaluación Nutricional (MNA) y la WHOQOL-BREF. Resultados: El 67.2% presentaron alto riesgo de desnutrición, el 21.6% bien nutridos y el 11.2% desnutridos. La desnutrición tuvo relación a una menor calidad de vida y buen estado nutricional tuvo relación a una menor calidad de vida. Conclusión: Demostraron la existencia de relación entre estado nutricional y calidad de vida. (34)

Luger et al. 2016, estudio cuyo título: Asociación entre estado nutricional y calidad de vida en personas mayores pre-frágiles que vivieron en comunitarios Australia. Objetivo: Evaluar la asociación entre el estado nutricional y diferentes dominios de la calidad de vida. Materiales y métodos: Estudio básico, relacional, 83 participantes, fueron utilizados Mini Nutritional Assessment y el cuestionario calidad de vida de la OMS. Resultados: El 45% con riesgo de desnutrición y el 3% desnutridos. Un estado nutricional deteriorado difería significativamente en el dominio de calidad de vida "autonomía". Para efectos de tratamiento estadístico utilizaron la regresión lineal. Conclusión: Hubo asociación entre EN y CV. (35)

#### 2.1.2 A nivel nacional

Pajuel et al.2022, estudio cuyo título: Estado nutricional en personas adultas mayores. Objetivo: Evaluar la situación nutricional.

Metodología: Datos recolectados de documentos. Resultados. El 30.4% déficit nutricional, el 17.5% sobrepeso y el 8.7% obesidad. El déficit fue más en varones que mujeres (33.1% versus 29.1%). La prevalencia incrementó, conforme avanzó la edad y otros considerandos. El sobrepeso más en el sexo femenino que masculino (21.4% versus 20.2%) y la obesidad (13.5% versus 13.3%). Conclusión. Lograron demostrar estado nutricional deficiente. (36)

Perea. 2020, estudio cuyo título: Calidad de vida y estado nutricional adultos mayores instituciones de servicios de salud Iquitos. Objetivo: Determinar la relación entre variables de estudio. Metodología: Investigación básica, relacional, no experimental y 50 participantes. Resultados: El 66% CV inadecuada y el 34% CV. El 74% a la evaluación presentaron sobrepeso, el 18% normal y 8% obesidad grado I. Estadístico de prueba Chi Cuadrado. Conclusión: No lograron demostrar la existencia de relación entre CV y EN. (37)

Tantaleán. 2020, estudio cuyo título: Estilos de vida y estado nutricional en adultos mayores asentamiento humano La Victoria Banda de Shilcayo. Objetivo: Determinar la relación entre variables de estudio. Metodología: Relacional, no experimental, no experimental y 40 participantes. Resultados: El 85% manifestaron estilos de vida no saludable y 15% estilos de vida saludable. A la evaluación nutricional el 57.5% inadecuado, el 27.5% delgadez, el 20% sobrepeso, el 10% obesidad y 42.5% adecuado. Conclusión: Lograron demostrar la relación entre variables de estudio. (38)

Francia 2019, estudio cuyo título: CV de adultos mayores en el Centro de Salud México San Martín de Porres Lima. Objetivo: Describir la variable de estudio. Metodología: Descriptivo, transversal y 136 participantes. Herramienta de medición Whoqol-Bref. Resultados: El 48.5% refirieron tener CV regular. Conclusión: La CV fue regular. (39)

Rodríguez et al. 2018, estudio cuyo título: Relación entre CV y malnutrición adultos mayores Ica. Objetivo: Determinar la asociación entre variables de estudio. Metodología: Investigación básica, relacional y no se manipuló la primera variable. Población de estudio 29 937, muestreo probabilístico aleatorio y la muestra 138 participantes. Herramientas de medición utilizados WHOQOL-OLD y Mini Nutritional Assessment. Resultados: No ameritó citar los resultados y por contener con otras características. Conclusión: Lograron demostrar la relación entre CV y EN. (40)

Calderón et al. 2017, estudio cuyo título: Relación entre el EN y CV en adultas mayores CIAM Molina – Lima. Objetivo: Determinar la relación entre variables de estudio. Metodología: Relacional, transversal y 168 participantes. Herramientas de medición utilizados Mini Nutritional Assessment y SF-36. Resultados: El 78% a la evaluación nutricional presentaron EN normal y el 22% riesgo de desnutrición. La CV dimensión salud física y mental, resultaron por encima de 50 puntos y otros. La estadística empleada Rho de Spearman y la correlación positiva baja 0.397. Conclusión: Lograron demostrar la relación entre EN y CV. (41)

### 2.1.3 A nivel regional y local

Duran et al. 2022, estudio cuyo título: CV y EN de adultos mayores. Objetivo: Determinar la relación entre variables. Metodología: Básico, relacional y no experimental. Población de estudio 326 participantes, tipo de muestreo probabilístico y tamaño de muestra 115. Técnicas e instrumentos pertinentes. Resultados: El 42.6% manifestaron estar limitados en la función física y otros. A la evaluación del estado nutricional el 61.7% presentaron delgadez, el 5.2% obesidad, el 26.1% sobrepeso y el 7% normal. Conclusión: No lograron demostrar la relación entre CV y EN. (42)

## 2.2 Bases teóricas

### 2.2.1 Teoría de autotranscendencia

La teoría fue propuesta por Pamela G. Reed, profesora en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Arizona en Tucson, Arizona. La autotranscendencia es la capacidad de ampliar los límites personales de diversas formas; comunicarse dentro de uno mismo, con los demás, con la naturaleza y con objetos o dimensiones más grandes o mayores que uno mismo, como comunicarse a nivel personal. que tú mismo. La autotranscendencia promueve el bienestar y media la relación entre experiencias intensificadas de vulnerabilidad y resultados de bienestar. Una variedad de factores personales y contextuales, incluidas las intervenciones de enfermería, influyen en la autotranscendencia en su relación con el bienestar. La teoría fue creada desde una perspectiva de desarrollo a lo largo de la vida de los procesos de salud y bienestar humano-ambiental. (43)

### 2.2.2 Teoría del cuidado de la cultura

Madeleine Leininger reconoció la importancia del elemento de cuidado en la profesión de enfermería. A través de sus observaciones, identificó la falta de conocimiento cultural y de cuidados como el componente faltante para la comprensión de una enfermera de las muchas variaciones requeridas en el cuidado del paciente para apoyar el cumplimiento, la curación y el bienestar. La Teoría del cuidado cultural de Leininger intenta brindar un cuidado de enfermería culturalmente congruente a través de actos o decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o habilitación basados cognitivamente que en su mayoría están hechos a la medida para adaptarse a los valores culturales, creencias y formas de vida de la persona, grupo o comunidad. La intención de la atención es encajar o tener un significado beneficioso y resultados de salud para personas de orígenes culturales diferentes o similares. (44)

### 2.2.3 Modelo de conservación

El modelo de conservación de Levine considera que la enfermería es cuidado, la conservación de la energía es un tema prioritario y existen cuatro principios de conservación del cuidado. Capacitar a las enfermeras para que se centren en el nivel individual y las respuestas. Las enfermeras cumplen el propósito de la teoría al conservar la energía, la estructura y la integridad personal y social. Cada paciente tiene una variedad diferente de respuestas adaptativas, que varían en función de factores personales, como la edad, el sexo y la enfermedad. El concepto fundamental de la teoría de Myra Estrin

Levine es la conservación. Cuando un individuo está en una fase de conservación, significa que la persona puede adaptarse a los desafíos de salud con el mínimo esfuerzo. El núcleo del modelo de conservación de Levine es mejorar el bienestar físico y emocional de una persona al considerar los cuatro dominios de conservación que ella estableció. Al proponer abordar la conservación de la energía, la estructura y la integridad personal y social, esta teoría de enfermería ayuda a guiar a las enfermeras en la prestación de cuidados que ayudarán a mantener y promover la salud del paciente. (45)

#### 2.2.4 calidad de vida

La consideración de la calidad de vida de adultos mayores se está volviendo cada vez más importante en la evaluación, mejora de la calidad y asignación de servicios de atención social y de salud. Si bien se han propuesto numerosas definiciones y teorías de la calidad de vida, falta una síntesis general de la perspectiva de los propios adultos mayores. La calidad de vida se puede expresar en una serie de dominios y subtemas asociados que son importantes para dichas personas que viven en el hogar. (46)

Las personas mayores valoran la salud que no está limitada por su condición física, la capacidad de cuidarse a sí mismos, proteger su dignidad, no sentirse una carga, dedicar tiempo a actividades que les den valor, alegría y compromiso, y construir relaciones cercanas, lo sienten ellos mismos. El lado positivo de la vida es una sensación de paz, una sensación de conexión, experimentar la fe y el crecimiento personal a través de la fe, los rituales y la reflexión interior, sentirse

seguro en casa y vivir en un entorno hermoso. La comunidad cuenta con transporte conveniente y su situación financiera no estará limitada. Los proveedores de servicios de salud y el personal de salud deben decidir qué dominios se aplican en una situación específica, preferiblemente y activando dominios específicos utilizando instrumentos de medición flexibles. (46) La clasificación de la calidad de vida comprende:

- a. Salud física y mental. La población anciana está creciendo en el mundo debido a una reducción en las tasas de natalidad y un marcado aumento en la esperanza de vida con comorbilidad múltiple que justifica una mayor atención por parte del personal de salud. Varios factores demográficos y biopsicosociales que afectan la salud y, en particular, la salud mental se distribuye de manera desigual entre hombres y mujeres mayores y entre las personas mayores que viven en áreas urbanas y rurales. Se debe otorgar atención especial y prioridad a las personas solteras, viudas o divorciadas, ya que parecen correr el mayor riesgo de deterioro general de la salud mental. (47) La menor calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores se asocia con la disminución de los estados físicos y psicológicos. Se debe cumplir el asesoramiento de las instituciones para que planifiquen e implementen acciones que mejoren la CV. (48)
- b. Redes sociales. Tener interacciones positivas regulares con familiares y amigos y participar en varias redes sociales diferentes puede ayudar a los adultos mayores a ser más saludables. (49) La

atención a las necesidades de los ancianos es una necesidad social, y parece que evaluar la red social y la calidad de vida de los ancianos puede ser útil para una mejor comprensión de sus necesidades. Es un paso hacia la comprensión del estado de la red social y la calidad de vida de los ancianos. Es necesario decir que los profesionales de la salud, especialmente enfermeros(as), despliegan un papel importante en la comunidad para ayudar a las personas en este sentido. (50)

- c. Ingresos económicos. A raíz de la COVID-19, las personas mayores, en particular el grupo de más de 75 años, han incrementado los problemas financieros y dificultades de acceso a los servicios de salud más que otros grupos de edad. La capacidad para proteger a las personas mayores contra los riesgos de pobreza varía mucho entre los estados, pero en la mayoría de los países, los beneficios de las pensiones están por debajo del umbral de pobreza. Para reducir la pobreza severa entre la población jubilada, es crucial una garantía de ingresos mínimos: podría ser necesaria una combinación de transferencias monetarias y provisión de servicios para abordar las múltiples dimensiones de los riesgos de pobreza. No obstante, la iniciativa debe desarrollarse de la mano de otras en el ámbito asistencial, centrándose en la prestación de cuidados de salud y a largo plazo, pensiones adecuadas, servicios esenciales, que están interrelacionados de manera crucial. La lucha contra la pobreza también exige más herramientas para evaluar cualquier paso

hacia la convergencia al alza, como un seguimiento más eficaz y nuevos indicadores, con el fin de mejorar el acceso y la adecuación de la renta mínima garantizada en los estados. (51)

#### 2.2.5 Estado nutricional

El estado nutricional es un concepto multifacético y existen varios vacíos de conocimiento en el diagnóstico, prevención y optimización del tratamiento del estado nutricional inadecuado en personas mayores. El modelo de estado nutricional puede ser útil en la investigación de evaluación nutricional, así como en el entorno clínico. No existe una definición aceptada o estandarizada. Por lo tanto, tampoco existe una definición de lo que constituye un estado nutricional adecuado, en las personas mayores, la evaluación del estado nutricional es compleja y se complica por la multimorbilidad y las discapacidades combinadas con problemas relacionados con la nutrición, como disfagia, disminución del apetito, fatiga y debilidad muscular. (52)

#### 2.2.6 Clasificación del estado nutricional

Según la OMS 2023, la clasificación del estado nutricional de adultos: por debajo de  $18.5 \text{ m}^2$  (Bajo peso),  $18.5 - 24.9 \text{ m}^2$  (Peso normal),  $25.0 - 29.9 \text{ m}^2$  (Pre-obesidad),  $30.0 - 34.9 \text{ m}^2$  (Obesidad clase I),  $35.0 - 39.9 \text{ m}^2$  (Obesidad clase II), por encima de  $40 \text{ m}^2$  (Obesidad clase III). (53), (54) Cabe precisar según la OMS la clasificación de obesidad lo determina como clases y Kiskaç et al. 2022, clasificaron como etapas. (54) Sin embargo, la institución rectora del MINSA desde el 2013 y

hasta la actualidad mantiene la clasificación siguiente  $\leq 23.0 \text{ m}^2$  (Delgadez),  $>23 \text{ a } < 28 \text{ m}^2$  (Normal),  $\geq 28 \text{ a } < 32 \text{ m}^2$  (Sobrepeso) y  $\geq 32 \text{ m}^2$  (Obesidad). (55)

### 2.2.7 Obesidad

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública y pueden definirse como una excesiva presencia de grasa general o limitada en el cuerpo humano. Entre tanto, sobrepeso cuando el resultado del IMC comprende de 25.0 y 29.9  $\text{kg}/\text{m}^2$  y obesidad,  $\text{IMC} >30 \text{ kg}/\text{m}^2$ . Un criterio complementario de obesidad relacionado con un mayor riesgo para la salud es la presencia de grasa abdominal. La distribución central de la grasa puede ser incluso más crítica que la grasa total, considerado como factor de riesgo para padecimientos crónicos degenerativos. Las descritas está asociada con la e intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, incremento de tensión arterial y el incremento de marcadores sanguíneos de los lípidos. (56)

### 2.2.8 Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) no se desarrolló originalmente específicamente para su uso como indicador de obesidad en estudios de población. Pero no es obligatorio y fácil de implementar. El IMC tiene limitaciones como indicador de la masa grasa corporal. De hecho, puede ser engaños y particularmente en los hombres. Por definición, la mitad o más de los adultos en el pasado reciente y en la actualidad tienen sobrepeso (preobesidad) u obesidad en las naciones industrializadas. (57) El actual sistema de clasificación del

IMC también es engañoso con respecto a los efectos de la masa grasa corporal sobre las tasas de mortalidad. El papel de la distribución de la grasa en la predicción de morbilidades médicamente significativas, así como en el riesgo de mortalidad, no se captura mediante el uso del IMC. Además, es probable que numerosas comorbilidades, problemas de estilos de vida, género, etnias, efectores de mortalidad médicamente significativos determinados por la familia, la duración del tiempo que uno pasa en ciertas categorías de IMC y la acumulación esperada de grasa con el envejecimiento afecten significativamente la interpretación de los datos de IMC, particularmente en cuanto a las tasas de morbilidad y mortalidad. (57)

### 2.3 Marco conceptual

- Adulto mayor. Persona mayor colectivamente, ciudadanos de la tercera edad. (58)
- Clasificación. Disposición sistemática en grupos o categorías según criterios establecidos (59)
- Ingresos económicos. Flujo de efectivo más cambio en el valor presente. (60)
- Obesidad clase I. Obesidad con IMC comprendido entre 30.0 - 34.9 m<sup>2</sup>. (53)
- Obesidad clase II. Obesidad con ICM 35.0 – 39.9 m<sup>2</sup>. (53)
- Obesidad clase III. Grado de obesidad que supera IMC  $\geq$  a 40 m<sup>2</sup> y es conocida como obesidad extrema. (53)

- **Perímetro abdominal.** Una persona puede usar una cinta métrica para medir mientras está de pie con los pies juntos, los brazos a los lados y el estómago relajado. Luego, enrolla la cinta métrica alrededor de tu estómago y respira profundamente sin apretar. OMS (riesgo:  $\geq 94$  cm, muy seguro:  $\geq 102$  cm) hombres (riesgo:  $\geq 80$  cm, muy seguro:  $\geq 88$  cm) mujeres. (61)
- **Redes sociales.** Las redes de familiares y amigos son fuentes de apoyo y, a menudo, se asocian con una mayor satisfacción con la vida en los adultos mayores. Por otro lado, los adultos mayores que están satisfechos con su vida pueden ser más capaces de desarrollar y mantener una red social más amplia. (62)
- **Riesgo.** Situación determinada por la presencia de evento de cualquier naturaleza, al cual se expone la persona, que está asociado con la aparición de una afección y que puede ser la causa del mismo. (63)
- **Salud física y mental.** La importancia de moverse más y sentarse menos para la salud física y mental, un simple paseo u otra actividad física que la persona disfrute puede ser beneficiosa para la mente y su cuerpo. La recomendación de la OMS para los adultos es realizar a menos 150 minutos de acción física de rigor moderada o 75 minutos de acción física de alto rigor semanalmente. (64)
- **Valoración.** Evaluación de la condición de una persona por parte de un médico, enfermera u otro proveedor de atención médica basada en datos clínicos y de laboratorio, historial médico y informes de síntomas del paciente. (65)

- Valoración nutricional. La evaluación nutricional se puede definir como la interpretación de estudios dietéticos, laboratorio, antropométrica y clínica. (66)

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Hipótesis

##### 3.1.1 Hipótesis general

Existe relación entre calidad de vida y estado nutricional en adultos mayores del Centro de Salud Bellavista Abancay 2022.

##### 3.1.2 Hipótesis específicas

- La salud física y mental está relacionada con estado nutricional en adultos mayores.
- Las redes sociales están relacionadas con estado nutricional en adultos mayores.
- Los ingresos económicos están relacionados con estado nutricional en adultos mayores.

#### 3.2 Método

Hipotético deductivo. Uno de los métodos teóricos que implica formular una respuesta anticipada ante una posible asociación de hechos. (67)

### 3.3 Tipo de investigación

Investigación pura. Estudio que se centra en la producción de más conocimientos teóricos. (67)

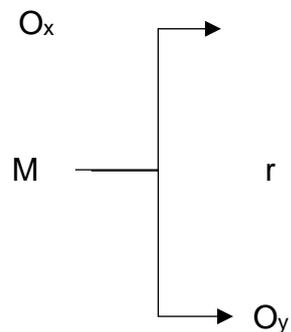
### 3.4 Nivel o alcance de investigación

Estudio relacional. Investigación que se aboca a asociar dos variables de estudio. (68)

### 3.5 Diseño de investigación

No experimental. Estudio, cuyos hallazgos describe y explica, tal cual suscita en la realidad y no logra manipular ninguna de las variables de estudio previamente. (69)

Diagrama simbólico:



Donde:

M 104 adultas(os) mayores

O<sub>x</sub> Estado nutricional

r Relación

O<sub>y</sub> Calidad de vida

### 3.6 Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas de medición
<p><b>Calidad de vida.</b> La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su lugar en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y de acuerdo con sus metas, expectativas, estándares e intereses. (7)</p>	<p><b>Dimensión 1: Salud física y mental.</b> La importancia de moverse más y sentarse menos para la salud física y mental, un simple paseo u otra actividad física que la persona disfrute puede ser beneficiosa para la mente y su cuerpo. (64)</p>	<p><b>1.1</b> Deficiente <b>1.2</b> Regular <b>1.3</b> Buena</p>	1,2,3,4,5 y 6	Ordinal
	<p><b>Dimensión 2: Redes sociales.</b> Las redes de familiares y amigos son una fuente de apoyo y generalmente se asocian con valores más altos de satisfacción con la vida entre los adultos mayores. (62)</p>	<p><b>2.1</b> Deficiente <b>2.2</b> Regular <b>2.3</b> Buena</p>	7,8,9,10 y 11	
	<p><b>Dimensión 3: Ingresos económicos.</b> Flujo de efectivo más cambio en el valor presente. (60)</p>	<p><b>3.1</b> Deficiente <b>3.2</b> Regular <b>3.3</b> Buena</p>	12,13, 14 y 15	

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas de medición
<p><b>Estado nutricional.</b></p> <p>Es una condición de salud causada por la dieta, la nutrición y el estilo de vida de una persona mayor, así como por otros factores relacionados con el proceso de envejecimiento. (8)</p>	<p><b>Dimensión 1:</b></p> <p><b>Índice de masa corporal.</b></p> <p>El índice de masa corporal (IMC) es el peso de una persona en kg dividido por el cuadrado de la altura en metros. Un IMC alto puede indicar una gran cantidad de grasa corporal. (70)</p>	<p><b>1.1</b> Bajo peso</p> <p><b>1.2</b> Normal</p> <p><b>1.3</b> Preobesidad</p> <p><b>1.4</b> Obesidad clase I</p> <p><b>1.5</b> Obesidad clase II</p> <p><b>1.6</b> Obesidad clase III</p>	<p>1,2 y 3</p>	<p>Ordinal</p>

### 3.7 Población, muestreo y muestra

#### 3.7.1 Población

Conformada de 145 personas mayor o igual a 60 años de edad de ambos sexos que fueron atendidas(os) en el establecimiento de salud mencionado. Los criterios de selección se consideraron los siguientes:

a. Criterios de inclusión:

- Persona que fue acreedor de atención médica y paramédica, del mes de abril a 20 de junio 2022.
- Historia clínica con datos requeridos y según el propósito de la variable EN.
- Persona lúcida, orientado en tiempo y persona, leída con residencia en la jurisdicción sanitaria Bellavista, con presencia de cuidador(a) familiar y al momento de la visita domiciliaria realizada.
- Familiar cuidadora o cuidador decidió la participación de adulta(o) mayor con el estudio y previo consentimiento del sustituto.

b. Criterios de exclusión:

- Participante durante el trabajo de campo, por el familiar o vecindad fue reportada como fallecida.
- Participante durante el trabajo de campo, el familiar negó que el miembro de la familia adulta(o) mayor participe con el estudio.
- Participante durante la aplicación de la herramienta de medición CV, se encontró con algún problema de salud e imposibilitó resolver la escala o estuvo de viaje.

c. Criterios de eliminación:

- Participante que no terminó resolver los reactivos de CV y por cuestión de inestabilidad emocional.

### 3.7.2 Población de estudio

La selección de la población de estudio fue 142, esencial en la investigación, ya que ayudó a determinar la validez y la generalizabilidad de los resultados.

### 3.7.3 Muestreo

Probabilístico aleatorio simple

### 3.7.4 Muestra

Se aplicó la fórmula matemática para proporciones.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 142}{0.05^2(142 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{136.3768}{0.3525 + 0.9604}$$

$$n = \frac{136.3768}{1.3129}$$

$$n = 103.87$$

$$n = 104 \text{ adultas(os) mayores}$$

### 3.8 Técnicas e instrumentos

#### 3.8.1 Técnicas.

Esta encuesta se utilizó para variables CV. El proceso de aplicación y construcción de equipos de adquisición de datos utilizando una variedad de reactivos. (67) Para la variable EN la observación documental. Información bibliográfica ejecutada, el investigador se limita a observar, recoger información de la población estudiada, en lugar de ser parte de ese grupo. (67)

#### 3.8.2 Instrumentos de medición.

La escala de CV fue diseñada por Duarte. (71) Conformada de 15 ítems, opciones de respuesta tipo Likert nada satisfecha(o) = 1, rara vez satisfecha(o) = 2, a veces satisfecha(o) = 3, algo satisfecha(o) = 4, poco satisfecha(o) = 5, levemente satisfecha(o) = 6, regularmente satisfecha(o) = 7, moderadamente satisfecha(o) = 8, muy satisfecha(o) = 9 y extremadamente satisfecha(o) = 10. Validez por discriminación y estructura factorial y Alfa Cronbach  $\alpha = 0.84$  (71) Baremo utilizado percentiles 33 y 66. Salud física y mental: deficiente (6 a 24), regular (25 a 42) y buena (43 a 60). Redes sociales: deficiente (5 a 20), regular (21 a 35) y buena (36 a 50). Ingresos económicos: deficiente (4 a 16), regular (17 a 28) y buena (29 a 40). Baremo variable CV: deficiente (15 a 60), regular (61 a 105) y buena (106 a 150). Ficha de observación documental estado nutricional y no participante, fue diseñada por los autores del estudio, dicha característica comprendió de 3 pasos: para rellenar, aplicar fórmula y marcar con un aspa según corresponda. La validez (contenido, constructo y criterio) y

subsiguientes procedimientos fueron excluidos por ser variable objetiva.

### 3.9 Consideraciones éticas

Los ejercicios fueron acorde al reglamento de la universidad al respecto. (72) Se cumplió los principios bioéticos: justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía.

### 3.10 Procedimiento estadístico

Las variables de estudio fueron numéricas, las cuales permitió determinar la normalidad y señada a Kolmogórov-Smirnov, la significancia CV y EN fueron 0.002 y 0.200, siendo opuestos los resultados y formulada la hipótesis respecto a la distribución de los datos. La conclusión, una distribución de datos no normal de las variables y sujeto a la aplicación de estadística no paramétrica Rho de Spearman. Entre tanto, las relaciones entre dimensiones y estado nutricional no fueron requeridos la prueba de normalidad, se aplicaron Rho de Spearman de manera directa. Otros resultados estuvieron sujeto a la estadística descriptiva.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

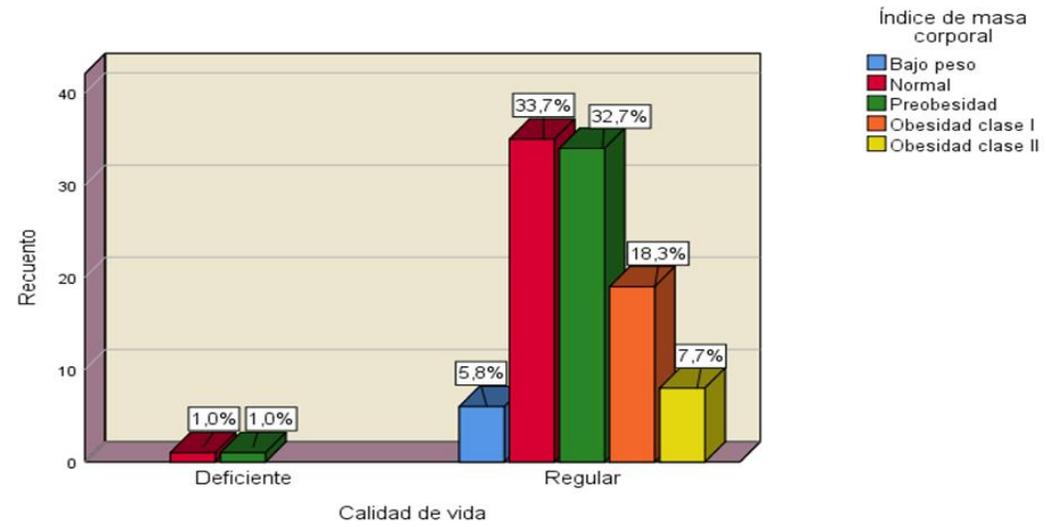
#### 4.1 Resultados

**Tabla 1.** Calidad de vida con estado nutricional.

Calidad de vida	Estado nutricional					Total
	Bajo peso	Normal	Preobesidad	Obesidad clase I	Obesidad clase II	
Deficiente	0 0.0%	1 1.0%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.9%
Regular	6 5.8%	35 33.7%	34 32.7%	19 18.3%	8 7.7%	102 98.1%
Total	6 5.8%	36 34.6%	35 33.7%	19 18.3%	8 7.7%	104 100.0%

Fuente. Instrumentos de medición aplicados de 20 a 30 – junio 2022

Figura 1. Calidad de vida con estado nutricional.



Del 100% (104) adultas(os) mayores a la evaluación del estado nutricional IMC, el 34.6% (36) presentaron normal, de los cuales después de la escala aplicada, el 33.7% (35) refirieron tener calidad de vida regular y el 1.0% (1) calidad de vida deficiente. El 33.7% (35) a la evaluación del IMC presentaron preobesidad, de los cuales después de la escala aplicada, el 32.7% (34) refirieron tener calidad de vida (CV) regular y el 1.0% (1) CV deficiente. El 18.3% (19) a la evaluación del IMC presentaron obesidad clase I, de los cuales después de la escala aplicada, el 18.3% (19) refirieron tener CV regular y el 0% (0) CV deficiente. El 7.7% (8) a la evaluación del IMC presentaron obesidad clase II, de los cuales después de la escala aplicada, el 7.7% (8) refirieron tener CV regular y el 0% (0) CV deficiente. El 5.8% (6) a la evaluación del IMC presentaron bajo peso, de los cuales después de la escala aplicada, el 5.8% (6) refirieron tener CV regular y el 0% (0) CV deficiente. Análisis e interpretación, a mayor edad, mayor tendencia que el tejido magro o tejido libre de grasa sea sustituido por el tejido adiposo en las regiones específicas del cuerpo, acompañado del aumento de peso y mayores cifras del índice de masa corporal. La sustitución genera alteraciones del sistema cardiovascular y sistema musculoesquelético, las cuales se manifiesten mediante signos y síntomas. Entonces, la CV sin protección alguna sea de origen familiar o estado se expresa de regular a deficiente. (73)

**Tabla 2.** Calidad de vida.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	2	1.9
Regular	102	98.1
Total	104	100.0

Fuente. Instrumentos de medición aplicados de 20 a 30 – junio 2022.

**Figura 2.** Calidad de vida.



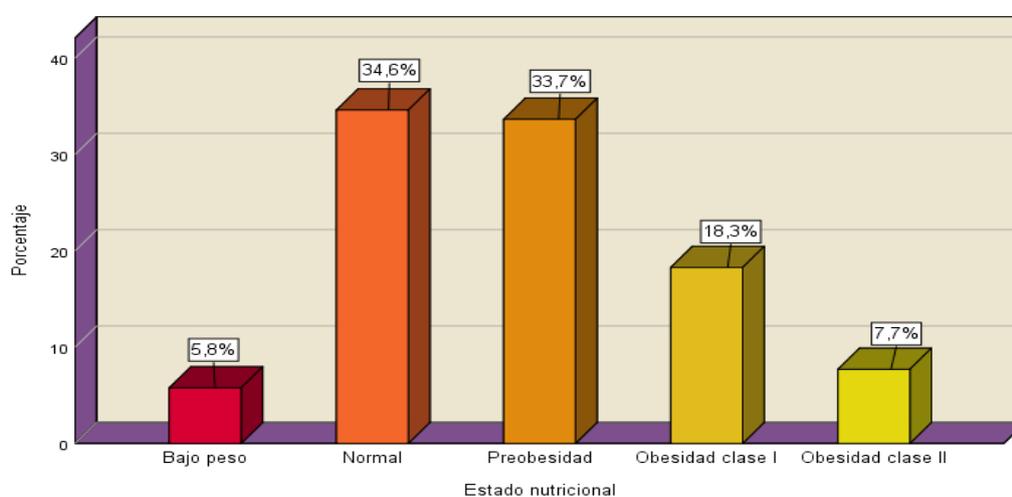
Del 100% (104) de la muestra total de adultas(os) mayores, después de la escala aplicada, el 98.1% (102) refirieron tener una calidad de vida regular y el 1.9% (2) deficiente.

**Tabla 3.** Estado nutricional.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	6	5.8
Normal	36	34.6
Preobesidad	35	33.7
Obesidad clase I	19	18.3
Obesidad clase II	8	7.7
Total	104	100.0

Fuente. Instrumentos de medición aplicados de 20 a 30 – junio 2022.

**Figura 3.** Estado nutricional.



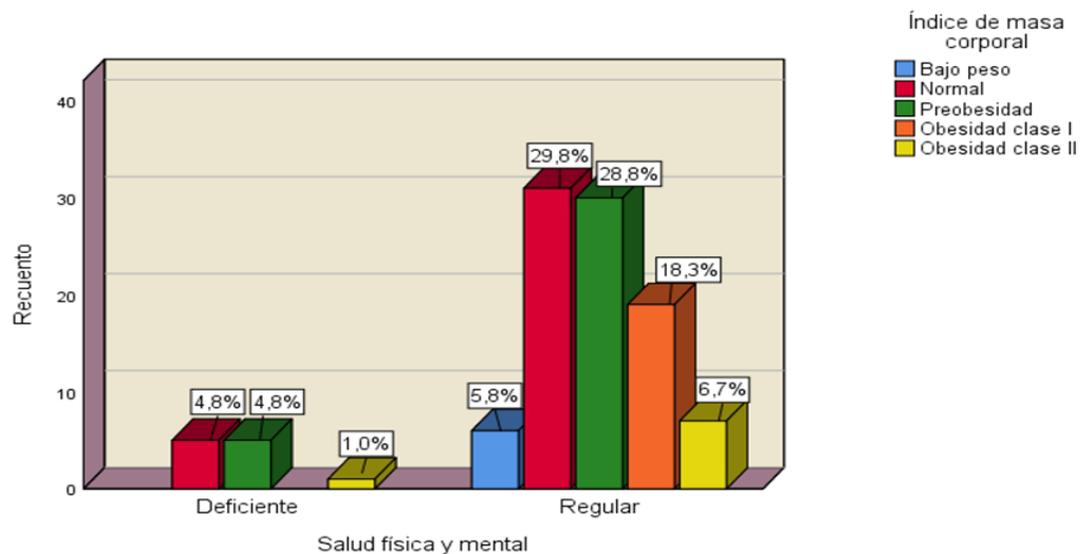
Del 100% (104) de la muestra total de adultas(os) mayores, a la evaluación del IMC, el 34.6% (36) presentaron un estado nutricional normal, el 33.7% (35) preobesidad, el 18.3% (19) obesidad clase I, el 7.7% (8) obesidad clase II y el 5.8% (6) bajo peso.

**Tabla 4.** Salud física y mental con estado nutricional.

Salud física y mental	Estado nutricional					Total
	Bajo peso	Normal	Preobesidad	Obesidad clase I	Obesidad clase II	
Deficiente	0 0.0%	5 4.8%	5 4.8%	0 0.0%	1 1.0%	11 10.6%
Regular	6 5.8%	31 29.8%	30 28.8%	19 18.3%	7 6.7%	93 89.4%
Total	6 5.8%	36 34.6%	35 33.7%	19 18.3%	8 7.7%	104 100.0%

Fuente. Instrumentos de medición aplicados de 20 a 30 – junio 2022.

**Figura 4.** Salud física y mental con estado nutricional.



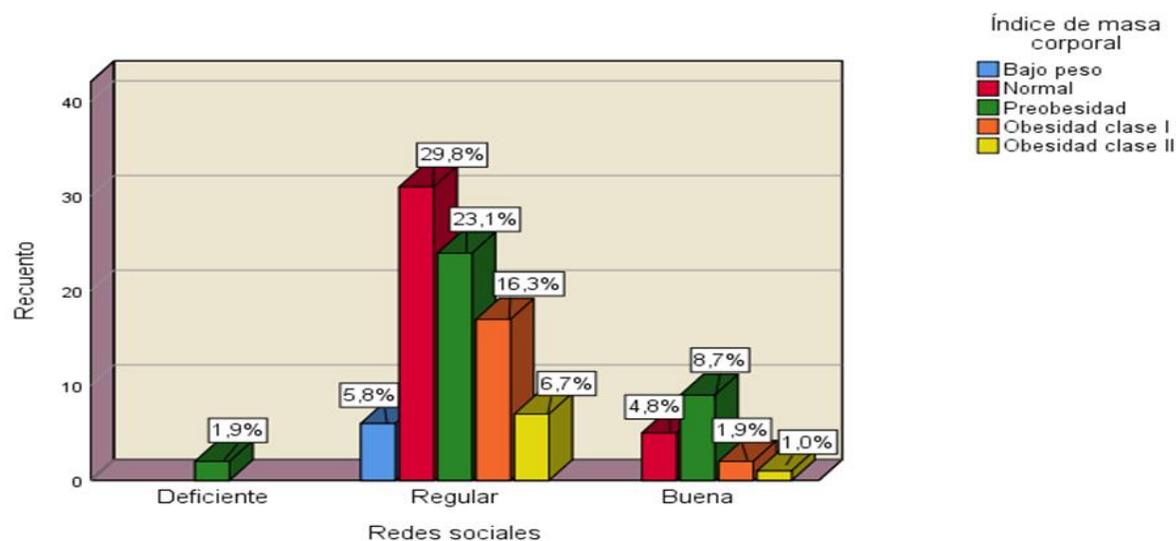
Del 100% (104) de la muestra total de adultas(os) mayores, el 34.6% (36) a la evaluación del IMC presentaron normal, de las cuales después de la escala aplicada, el 29.8% (31) refirieron tener una salud física y mental regular y el 4.8% (5) deficiente. El 33.7% (35) a la evaluación del IMC presentaron preobesidad, de las cuales después de la escala aplicada, el 28.8% (30) refirieron tener una salud física y mental regular y el 4.8% (5) deficiente. El 18.3% (19) a la evaluación del IMC presentaron obesidad clase I, de las cuales después de la escala aplicada, el 18.3% (19) refirieron tener una salud física y mental regular y el 0% (0) deficiente. El 7.7% (8) a la evaluación del IMC presentaron obesidad clase II, de las cuales después de la escala aplicada, el 6.7% (7) refirieron tener una salud física y mental regular y el 1% (1) deficiente. El 5.8% (6) a la evaluación del IMC presentaron bajo peso, de las cuales después de la escala aplicada, el 5.8% (6) refirieron tener una salud física y mental regular y el 0% (0) deficiente. Al análisis, a mayor edad, mayor tendencia de aumentar el peso y acompañado de cifras altas del índice de masa corporal. Dichos aumentos, inducen alteraciones del sistema cardiovascular y las cuales se manifiesta a través de signos y síntomas. Entonces, la calidad de vida se expresa de regular a deficiente.

**Tabla 5.** Redes sociales con estado nutricional.

Redes sociales	Estado nutricional					Total
	Bajo peso	Normal	Preobesidad	Obesidad clase I	Obesidad clase II	
Deficiente	0 0.0%	0 0.0%	2 1.9%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.9%
Regular	6 5.8%	31 29.8%	24 23.1%	17 16.3%	7 6.7%	85 81.7%
Buena	0 0.0%	5 4.8%	9 8.7%	2 1.9%	1 1.0%	17 16.3%
Total	6 5.8%	36 34.6%	35 33.7%	19 18.3%	8 7.7%	104 100.0%

Fuente. Instrumentos de medición aplicados de 20 a 30 – junio 2022.

**Figura 5.** Redes sociales con estado nutricional.



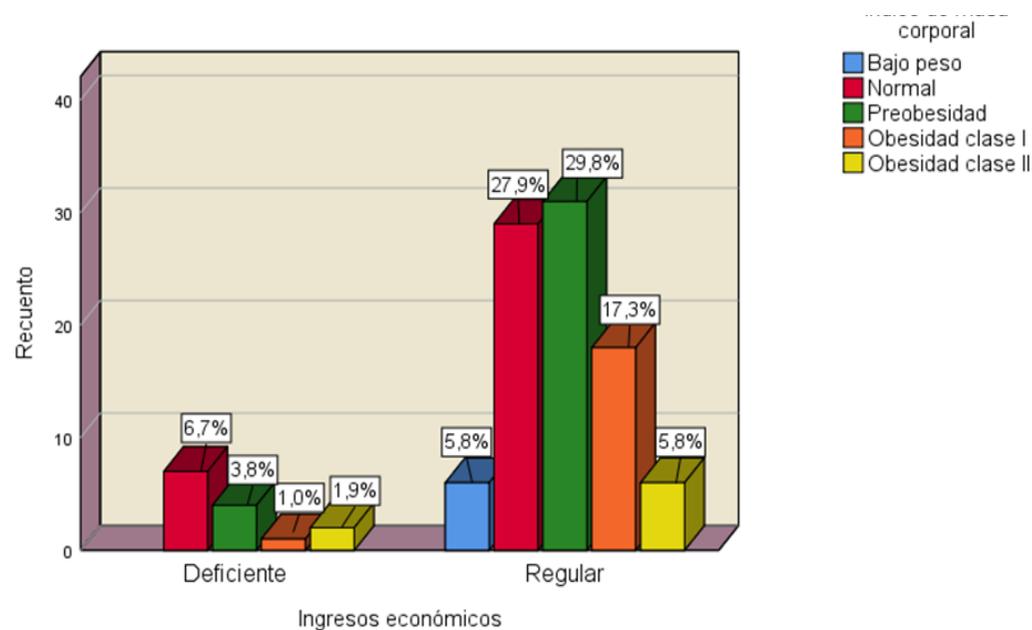
Del 100% (104) de la muestra total de adultas(os) mayores, a la evaluación del IMC, el 4.8% (5) buena y el 0% (0) deficiente. El 33.7% (35) a la evaluación del IMC presentaron preobesidad de las cuales después de la escala aplicada, el 23.1% (24) refirieron tener redes sociales regular, el 8.7% (9) buena y el 1.9% (2) deficiente. El 18.3% (19) a la evaluación del IMC presentaron obesidad clase I, de las cuales después de la escala aplicada, el 16.3% (17) refirieron tener redes sociales regular, el 1.9% (2) buena y el 0% (0) deficiente. El 7.7% (8) a la evaluación del IMC presentaron obesidad clase II, de las cuales después de la escala aplicada, el 6.7% (7) refirieron tener redes sociales regular, el 1% (1) buena y el 0% (0) deficiente. El 5.8% (6) a la evaluación del IMC presentaron bajo peso, de las cuales después de la escala aplicada, el 5.8% (6) refirieron tener redes sociales regular, el 0% (0) buena y el 0% (0) deficiente. Al análisis e interpretación, a mayor edad, mayor tendencia que el tejido magro o tejido libre de grasa sea sustituido por el tejido adiposo en las regiones específicas del cuerpo, acompañado del aumento de peso y mayores cifras del índice de masa corporal. La sustitución genera alteraciones del sistema cardiovascular y sistema musculoesquelético, las cuales se manifiesta mediante signos y síntomas. Entonces, la salud social a través de redes sociales como interacciones sociales con familiares y amistades genera calidad de vida de regular, buena a deficiente. (73)

**Tabla 6.** Ingresos económicos con estado nutricional.

Ingresos económicos	Estado nutricional					Total
	Bajo peso	Normal	Preobesidad	Obesidad clase I	Obesidad clase II	
Deficiente	0 0.0%	7 6.7%	4 3.8%	1 1.0%	2 1.9%	14 13.5%
Regular	6 5.8%	29 27.9%	31 29.8%	18 17.3%	6 5.8%	90 86.5%
Total	6 5.8%	36 34.6%	35 33.7%	19 18.3%	8 7.7%	104 100.0%

Fuente. Instrumentos de medición aplicados de 20 a 30 – junio 2022.

**Figura 6.** Ingresos económicos con estado nutricional.



Del 100% (104) de la muestra total de adultas(os) mayores, el 34.6% (36) a la evaluación del IMC presentaron normal, de las cuales después de la escala aplicada, el 27.9% (29) refirieron tener ingresos económico regular y el 6.7% (7) deficiente. El 33.7% (35) a la evaluación del IMC presentaron preobesidad, de las cuales después de la escala aplicada, el 29.8% (31) refirieron tener ingresos económico regular y el 3.8% (4) deficiente. El 18.3% (19) a la evaluación del IMC presentaron obesidad clase I, de las cuales después de la escala aplicada, el 17.3% (18) refirieron tener ingresos económico regular y el 1% (1) deficiente. El 7.7% (8) a la evaluación del IMC presentaron obesidad clase II, de las cuales después de la escala aplicada, el 5.8% (6) refirieron tener ingresos económico regular y el 1.9% (2) deficiente. El 5.8% (6) a la evaluación del IMC presentaron bajo peso, de las cuales después de la escala aplicada, el 5.8% (6) refirieron tener ingresos económico regular y el 0% (0) deficiente.

Análisis e interpretación, a mayor edad, mayor tendencia que el tejido magro o tejido libre de grasa sea sustituido por el tejido adiposo en las regiones específicas del cuerpo, acompañado del aumento de peso y mayores cifras del índice de masa corporal. La sustitución genera alteraciones del sistema cardiovascular y sistema musculoesquelético, las cuales se manifiesten mediante signos y síntomas. Entonces, la calidad de vida a través del ingreso económico sin protección alguna sea de origen familiar o estado se expresa de regular a deficiente. (73)

## 4.2 Discusión de resultados

- a. Resumen de los hallazgos. Hallazgos descriptivos de calidad de vida es de nivel regular y estado nutricional normal. Los hallazgos inferenciales de relaciones entre dimensiones de la primera variable y con la segunda variable no logramos demostrar las relaciones. Asimismo, no logramos demostrar la relación entre variables de estudio.
- b. Interpretaciones de resultados. El significado de los resultados tiene una importancia para la población de estudio, permite incrementar más conocimientos del marco teórico y basados en la línea de investigación CV para adultos mayores. A pesar de los resultados inesperados.
- c. Comparar resultados. Resultados univariados similares de calidad de vida regular con el autor Francia. (39) Mientras, Villareal et al. (33) cuyo hallazgo fue deficiente y por debajo de regular. Entre tanto, la comparación del estado nutricional con Tantaleán. (38) El nivel de valoración difiere en razón que la evaluación estuvo basada en la clasificación de la OMS 2023. (53), (54) y con el Autor Pajuel et al. (36) carece de comparación de resultados y el fundamento radica por las diferencias de consideración del estado nutricional. Hallazgos similares de no existencia de relación entre las variables de estudio: Perea. (37) y Duran et al. (42) Los hallazgos contrarios: Sharma et al. (31), Şimşek et al. (32), Kurniawati (34), Luger et al. (35), aclarando que la población fue en sexo femenino Calderón (21), Tucker et al. (30) y Rodríguez et al. (40)
- d. Reconocer limitaciones. Para los resultados 3<sup>ro</sup>, 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> no se encuentran antecedentes y para las comparaciones respectivas.

- e. Generación de recomendaciones. (74) Para los futuros estudios con las mismas variables de estudio se exhorta tener en cuenta la clasificación internacional del estado nutricional adultos mayores y conforme el aval de la OMS 2023 referenciada. (53), (54)

#### 4.3 Prueba de hipótesis

Prueba de hipótesis general. Relación entre calidad de vida y estado nutricional:

- Formulación de la hipótesis:  $H_1$ . La calidad de vida está relacionada con estado nutricional.  $H_0$ . La calidad de vida no está relacionada con estado nutricional.
- Nivel de significancia: 0.05
- Estadístico de prueba: Rho de Spearman
- P-valor: Sig. bilateral (0.614)
- Decisión. Admitir  $H_0$ .

Prueba de hipótesis específica 1. Relación entre salud física y mental con estado nutricional:

- Formulación de la hipótesis:  $H_1$ . La salud física y mental está relacionado con el estado nutricional.  $H_0$ . La salud física y mental no está relacionada con estado nutricional.
- Nivel de significancia: 0.05
- Estadístico de prueba: Rho de Spearman
- P-valor: Sig. bilateral (0.549)
- Decisión: Admitir  $H_0$ .

Prueba de hipótesis específica 2. Relación entre redes sociales con estado nutricional:

- Formulación de la hipótesis:  $H_1$ . Las redes sociales están relacionadas con estado nutricional.  $H_0$ . Las redes sociales no están relacionadas con estado nutricional.
- Nivel de significancia: 0.05
- Estadístico de prueba: Rho de Spearman
- P-valor: Sig. bilateral (0.786)
- Decisión: Admitir  $H_0$ .

Prueba de hipótesis específica 3. Relación entre ingresos económicos con estado nutricional:

- Formulación de la hipótesis:  $H_1$ . Los ingresos económicos están relacionados con estado nutricional.  $H_0$ . Los ingresos económicos no están relacionados con estado nutricional.
- Nivel de significancia: 0.05
- Estadístico de prueba: Rho de Spearman.
- P-valor: Sig. bilateral (0.725)
- Decisión: Admitir  $H_0$ .

## CONCLUSIONES

- Primera. La gran mayor parte refirieron tener una calidad de vida regular y una menor parte fue deficiente los adultos mayores Centro de Salud Bellavista Abancay 2022.
- Segunda. El menor porcentaje presentaron estado nutricional normal y el mayor porcentaje presentaron un estado nutricional inadecuado en los adultos mayores Centro de Salud Bellavista Abancay 2022.
- Tercera. No se ha logrado demostrar la relación entre la salud física y mental con estado nutricional adultas(os) mayores.
- Cuarta. No se ha logrado demostrar la relación entre las redes sociales con estado nutricional adultas(os) mayores.
- Quinta. No se ha logrado demostrar la relación entre ingresos económicos con estado nutricional adultas(os) mayores.
- Sexta. No se ha logrado demostrar la relación entre la calidad de vida con estado nutricional adultas(os) mayores.

## RECOMENDACIONES

- Primera. A estudiantes de pregrado, postgrado y docentes de enfermería, realizar estudios explicativos donde esclarezca hallazgos de multicausalidad de la calidad de vida regular a deficiente en adultos mayores.
- Segunda. A la Dirección Promoción de la Salud - MINSA actualizar la “Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor del 2013, cuyo argumento científico de actualización se remite a las recientes publicaciones respecto a la clasificación de estado nutricional. Asimismo, actualizar el VACAM, incluyendo la atención del adulto mayor sea periódicas similar a la atención de CRED, enfatizando la valoración del estado nutricional e incorporar la evaluación de la calidad de vida.
- Tercera. A los académicos de enfermería dedicados a la investigación, proponer un nuevo instrumento de medición de calidad de vida para adultos mayores y previa validez del contenido, criterio y constructo pertinente. Debido que, hasta la actualidad los resultados de calidad de vida están basados a empleo del instrumento importado y creada hace muchas décadas atrás.
- Cuarta. A los estudiantes de pregrado y posgrado realizar estudios de nivel relacional con tendencia integradora entre variables, en lugar de desintegrar en función de las dimensiones de los instrumentos de medición.

## ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos

Humanos, logísticos y técnicos.

Cronograma de actividades

Actividades	2021			2022												2023								
	Inicio de elaboración del proyecto e incorporación de asesora y dictaminantes			Desde la inscripción hasta sustentación y defensa de tesis																				
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	
Optar la línea de investigación calidad de vida en adultos mayores y variable de control estado nutricional.	x																							
Constituir capítulo I del proyecto según esquema UTEA	x	X																						
Estructurar capítulo II del proyecto según esquema UTEA		X																						
Estructurar capítulo III del proyecto según esquema UTEA			x																					
Estructurar partes complementarias del proyecto según esquema			x																					
Solicitar la revisión y aprobación del proyecto a docente asesora			x	x	x	x	x																	
Solicitar la revisión y aprobación del proyecto a docentes dictaminantes								x																
Gestionar la inscripción del proyecto, como cumplimiento administrativo, tramitar y realizar el trabajo de campo									x															
Estructurar la tesis compuesta con todos los capítulos y según esquema UTEA										x	x	x	x	x										
Instar la revisión y aprobación de la tesis a docente asesora													x	x	x	x								
Solicitar la revisión y aprobación de la tesis a docentes dictaminantes																		x	x	x				
Solicitar la prueba de índice de similitud de la tesis, cumplimiento administrativo																						x		
Realizar la sustentación y defensa pública de la tesis antes los jurados																								x

Presupuesto y financiamiento

Presupuesto. La tabla siguiente:

Costo	Unidad de medida	Cantidad	Precio unitario	Total
<b>Materiales e insumos</b>				
• Papel bond	Millar	3	27.00	81.00
• Bolígrafos	Unidad	5	1.00	5.00
• Fotocopias	Unidad	100	0.10	10.00
• Servicio de internet	Hora	100	1.00	100.00
• Empastados	Unidad	5	25.00	125.00
• Textos	Unidad	4	50	200.00
• Laptop	Unidad	1	3500	3500.00
Sub total				4021.00
<b>Recursos humanos</b>				
• Transporte y/o movilidad	Pasaje	50	4.00	200.00
• Asesor metodológico	Unidad	1	2500.00	1000.00
• Asesor estadístico	Unidad	1	2500.00	1000.00
• Imprevistos			2000.00	1000.00
Sub total				3200.00
Total				7221.00

Financiamiento.

Autofinanciado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aponte - Daza VC. Calidad de vida en la tercera edad. Scielo. 2015; XIII(2).
2. Stefanacci RG. Quality of Life in Older People. [Online]; 2022. Acceso 30 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/professional/geriatrics/aging-and-quality-of-life/quality-of-life-in-older-people>.
3. Safe and Sound Home Care . Why Quality Of Life Matters To Our Seniors. [Online]; 2022. Acceso 30 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://safeandsoundhomecare.com/in-home-caregivers/why-quality-of-life-matters-to-our-seniors/>.
4. Khaje-Bishak Y, Payahoo L, Pourghasem B, Jafarabadi MA. Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran. J Caring Sci. 2014; III(4).
5. ODPHP. Nutrition as We Age: Healthy Eating with the Dietary Guidelines. [Online]; 2021. Acceso 30 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://health.gov/news/202107/nutrition-we-age-healthy-eating-dietary-guidelines>.
6. Alcañiz M, Solé-Auró Y. Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes. 2018.
7. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL: Midiendo la calidad de vida. [Online]; 2021. Acceso 9 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
8. Ministerio de Salud . Manual y Registro de Codificación de la Atención de Salud en la Consulta Externa Etapa de Vida Adulto Mayor. [Online].; 2020. Acceso 9 de Diciembre de 2021. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4941.pdf>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Informe ONU: 131 millones de personas en América Latina y el Caribe no pueden acceder a una dieta saludable. [Online]; 2023. Acceso 9 de Setiembre de 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/19-1-2023-informe-onu-131-millones-personas-america-latina-caribe-no-pueden-acceder-dieta>.
10. Norman K, Hab U, Pirlich M. Malnutrition in Older Adults—Recent Advances and Remaining Challenges. Nutrients. 2021; XIII(8).
11. Basu T, Sehar U, Selman A, Reddy AP, Reddy PH. Support Provided by Caregivers for Community-Dwelling Obesity Individuals: Focus on Elderly and Hispanics. Healthcare. 2023; XI(10).
12. Dias E, Mastella N. Prevalência e os fatores associados ao sobrepeso e a obesidade entre idosos nas capitais da Região Sul do Brasil em 2021. Repositório Universitário da Ânima. 2023.
13. Griffin A, O'Neill A, O'Connor M, Ryan D, Tierney A, Galvin R. The prevalence of malnutrition and impact on patient outcomes among older adults presenting at an Irish emergency department: a secondary analysis of the OPTI-MEND trial. Griffin et al. BMC Geriatrics. 2020; I(12).
14. Fuentes-Pimentel LE, Camacho-Guerrero A. Prevalencia del estado de desnutrición en los adultos mayores de la Unidad Médica Familiar Núm. 53 de León, Guanajuato, México. Medigraphic/elresidente. 2020; XV(1).
15. Damayanthi HDWT, Moy FM, Abdullah KL, Dharmaratne ASD. Prevalencia de la desnutrición y factores asociados entre las personas mayores que viven en la comunidad en Sri Lanka: un estudio transversal. Damayanthi et al. BMC Geriatrics. 2018; I(16).
16. Navaneetha-N JA, Rajalakshmy-Aiyappan J, Priyanka-Shibu MM, Mathew E. Nutritional status of older adults in a community in Pathanamthitta district of Kerala. International Journal of Research in Medical Sciences. 2017; VI(1).
17. kutikuppala A, Mathur N, Prakash - T L G. Nutritional status of elderly people using Mini Nutritional Assessment tool in an urban slum of Hyderabad. Revista Internacional de Ciencias Médicas y Salud Pública. 2018; I(1).
18. Murillo-Llorente MT, Lafuente-Sarabia B, Samper de la Paz J, Flores-Púa M, Tejeda-Adell M, Legidos-García ME, et al. Assessing Nutritional Status and Frailty among Poor Elderly Individuals in Requena del Tapiche, Peru. Nutrients. 2023; XV(17).

19. Hanco- Quelcca, B M. Estilo de vida y estado nutricional de adulto mayor Beneficiario del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - Atuncolla 2019. Tesis pregrado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería.
20. Barrer - Valle Vda De Pastor CR. Evaluacion nutricional y perfil antropométrico de integrantes de club de adulto mayor del distrito de Surco. Tesis pregrado. Lima: Universidad Maria Auxiliadora , Facultad de Ciencias de la Salud.
21. Calderón - Quispe AF. Estado nutricional y prácticas de alimentación saludable en adultos mayores que asisten al consultorio geriátrico Hospital Antonio Lorena - Cusco 2018. Tesis pregrado. Cusco: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud.
22. Chahua - Tineo FA. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. Cooperativa Huancaray, 2018. Tesis pregrado. Lima: Universidad César Vallejo, Facultad Ciencias Médicas.
23. Montalbán-González AG, Nima-Rivera MA. Valoración del estado nutricional de los adultos mayores del Cap III Metropolitano Essalud Piura durante marzo a junio 2017. Tesis pregrado. Piura: Univrsidad Católica Sedes Sapientiae, Piura.
24. Baldeon - Valles B, Garcia - Puyo F. Calidad de vida en salud del adulto mayor de un programa nacional de asistencia solidaria.La Banda de Shilcayo, 2021. Tesis pregrado. Trujillo: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud.
25. Morales - Ojeda GM. Calidad de vida del adulto mayor del asentamiento humano Chiclayito Castilla - Piura 2021. Tesis pregrado. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud.
26. Pablo - García JP. Calidad de vida del adulto mayor de la casa Poli Funcional Palmas Reales los Olivos Lima 2016. Tesis pregrado. Lima : Universidad de San Martin de Porres , Facultad de Obstetricia y Enfermería.
27. Acosta-Machacca MS, Vargas-Chavez EA. Capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores del Centro Poblado Ccantupata Andahuaylas 2022. Tesis pregrado. Ccantupata: Universidad Tecnológica de los Andes , Facultad de Ciencias de la Salud.
28. Centeno-Vargas DN, Huaman-Gallegos J. Influencia de los factores socioculturales y calidad de vida de los adultos mayores del Puesto de Salud Ancatira distrito de San Jerónimo provincia Andahuaylas 2022. Tesis pregrado. Ancatira : Universidad Tecnológica de los Andes , Facultad de Ciencias de la Salud.
29. Hernández - Sampieri R. El planteamiento del problema en la ruta cuantitativa. En Hernández - Sampieri R, Mendoza - Torres CP. Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.; 2018. p. 44 - 45.
30. Tucker É, Luscombe-Marsh N, Ambrosi C, Lushington K. Nutritional status and quality-of-life of older adults in aged care: A systematic review and meta-analysis. *Experimental Gerontology*. 2022; CLXII(1).
31. Sharma S, Yadav DK, Karmacharya I, Pandey R. Quality of Life and Nutritional Status of the Geriatric Population of the South-Central Part of Nepal. *Journal of Nutrition and Metabolism*. 2021.
32. Şimşek H, Uçar A. Association Between Quality of Life and Nutritional Status of Nursing Home Residents or Community Dwelling Elderly. *Erciyes Medical Journal*. 2021; XLIII(3).
33. Villareal-Amaris GE, Perez-Aguas CP, Usta-Carrillo A. Salud y calidad de vida autopercebida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano. *Salud Uninorte*. 2021; XXXVIII(1).
34. Kurniawati D. Nutritional Status and Cuality of Live in Elderly. *MJN*. 2018; IX(3).
35. Luger E, Haider , Kapan U, Schindler K, Carente C, Dorner T. Association Between Nutritional Status and Quality of Life in (Pre) Frail Community-Dwelling Older Persons. *National Library of Medicine*. 2016; V(3).
36. Pajuel-Ramírez J, Bartolo-Marchena M, Racacha-Valladares E, Bravo-Rebatta F. Situación nutricional del adulto mayor en el Perú. *Fac. Med. (Perú)*. 2022; LXXXIII(1).

37. Perea-Paima NG. Calidad de vida y estado nutricional del adulto mayor atendidos en la IPRESS I-3 San Antonio, Iquitos. Tesis pregrado. Iquitos: Universidad Privada de la Selva Peruana, Escuela Profesional de Enfermería.
38. Tantaleán-Chávez AM. Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo setiembre 2019 - febrero 2020. Tesis de pregrado. Banda de Shilcayo: Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto, Facultad de Ciencias de la Salud.
39. Francia-Candacho NM. Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de salud México San Martín de Porres, Lima, 2019. Tesis pregrado. Lima: Universidad César Vallejo , Facultad de Ciencias Médicas.
40. Rodríguez-Chacaltana FW, Quispe-Illanzo MP, Oyola-García AE, De La Cruz-Mitac CY, Portugal-Medrano MA, Lizarzaburu-Córdova EE, et al. Quality of life and its relationship with malnutrition in the elderly adult of the province of Ica. Journal of the Faculty of Human Medicine. 2018; XVIII(4).
41. Calderón-Iparraguirre CM, Hernández-Uculmana LR. Relación entre el estado nutricional y la calidad de vida en mujeres mayores de 60 años del Centro Integral del Adulto Mayor "CIAM" del distrito de la Molina - Lima- Perú 2016. Tesis posgrado. Lima: Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Ciencias de la Nutrición y Alimentación Humana.
42. Duran- Huaccaycachacc R, Ruíz-Silvera FS. Calidad de vida y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria – Pensión 65 Andahuaylas Apurímac 2022. Tesis pregrado. Andahuaylas : Universidad Tecnológica de los Andes , Facultad de Ciencias de la Salud.
43. Nursology. Self-transcendence Theory. [Online]; 2018. Acceso 16 de Mayode 2023. Disponible en: <https://nursology.net/nurse-theories/self-transcendence-theory/>.
44. Nursing Theory. Culture care theory. [Online]; 2023. Acceso 16 de Mayode 2023. Disponible en: <https://bit.ly/432vTfm>.
45. Gonzalo A. Myra Estrin Levine: The Conservation Model of Nursing. [Online]; 2023. Acceso 16 de Mayode 2023. Disponible en: <https://bit.ly/3MxSATa>.
46. Van-Leeuwen KM, Van-Loon MS, Van-Nes FA, Bosmans JH, W. de Vet HC, Ket JC, et al. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. PLoS One. 2019; XIV(3).
47. Theodosios P, Malliarou M, Theofanidis D, Barmpouta C, Chachamidis N, Fountouki A, et al. Physical and Mental Health Level of the Elderly Living in Central Greece. Mater Sociomed. 2021; XXXIII(1).
48. Silva e Farias IP, Souto-Montenegro LA, Wanderley RL, Xavier de Pontes JC, Pereira AC, Dantas de Almeida LF, et al. Physical and psychological states interfere with health-related quality of life of institutionalized elderly: a cross-sectional study. BMC Geriatrics. 2020; XX(386).
49. American Psychological Association. Social Networks Linked to Better Health for Older Adults, Studies Find. [Online]; 2014. Acceso 26 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.apa.org/news/press/releases/2014/05/social-networks>.
50. Bahramnezhad F, Chalik R, Bastani F, Taherpour M, Navab E. The social network among the elderly and its relationship with quality of life. Electronic Physician. 2017; IX(5).
51. ETUI-ETUC. Minimum income across all ages: a focus on elderly people. [Online]; 2022. Acceso 26 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.etui.org/events/minimum-income-across-all-ages-focus-elderly-people>.
52. Engelheart S, Brummer R. Assessment of nutritional status in the elderly: a proposed function-driven model. Food Nutr Res. 2018.
53. World Health Organization. A healthy lifestyle - WHO recommendations. [Online]; 2023. Acceso 6 de Abril de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>.
54. Kiskaç M, Soyal P, Smith L, Capar E, Zorlú M. What is the Optimal Body Mass Index Range for Older Adults?. Annals of Geriatric Medicine and Research. 2022; XXVI(1).

55. Ministerio de Salud . Manual de Registro y Codificación de la Atención de Salud en la Consulta Externa - Etapa de Vida Adulto Mayor. [Online]; 2020. Acceso 9 de Abril de 2023. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4941.pdf>.
56. Carbajal-Azcona A. Manual de Nutrición y Dietética Madrid; 2013.
57. Nuttall FQ. Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. Nutrition Today. 2015; L(3).
58. Dictionary.com. Elderly. [Online]; 2022. Acceso 27 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.dictionary.com/browse/elderly>.
59. Merriam-Webster. Classification. [Online] Acceso 27 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/classification>.
60. The Free Dictionary. Economic income. [Online]; 2012. Acceso 27 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://financial-dictionary.thefreedictionary.com/Economic+income>.
61. Fundación Española del Corazón. La medida del perímetro abdominal es un indicador de enfermedad cardiovascular más fiable que el IMC. [Online]; 2022. Acceso 27 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3u1IOP4>.
62. Tomini F, Tomini SM, Groot W. Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. BMC Geriatrics. 2016; XVI(203).
63. Real Academia Nacional de Medicina de España. Riesgo. [Online]; 2012. Acceso 27 de Noviembre de 2022. Disponible en: [http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL\\_BUS=3&LEMA\\_BUS=riesgo](http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=riesgo).
64. VivaBem. Ser ativo faz bem para a saúde física e mental do idoso, aponta estudo. - Veja mais em <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/10/20/ser-ativo-faz-bem-para-saude-fisica-e-mental-do-idoso-aponta-estudo.htm?next=0001H63U11N&cmpid=copiaecola>. [Online]; 2020. Acceso 27 de Noviembre de 2022. Disponible en: <http://bit.ly/3EHoSWK>.
65. Taber's online. Assessment. [Online]; 2023. Acceso 19 de Febrero de 2023. Disponible en: <https://www.tabers.com/tabersonline/view/Tabers-Dictionary/751985/all/assessment>.
66. Gurinović M, Glibetić M. Nutritional Assessment. ScienceDirect. 2017.
67. Sánchez-Carlessi C, Reyes-Romero C, Mejía-Sáenz K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística Lima: Universitaria; 2018.
68. Hernández - Sampieri R. Definición del alcance de la investigación en la ruta cuantitativa: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. En Hernández - Sampieri R, Mendoza - Torres CP. Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.; 2018. p. 105.
69. VOXCO. Non-experimental design. [Online]; 2021. Acceso 5 de Marzo de 2022. Disponible en: <https://www.voxco.com/blog/non-experimental-design/>.
70. Centers for Disease Control and Prevention. Body Mass Index (BMI). [Online]; 2022. Acceso 1 de Febrero de 2023. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/index.html>.
71. Duarte - Ayala RE, Velasco - Rojano AE. Escala de calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Horizonte sanitario. 2020; XIX(3).
72. Universidad Tecnológica de los Andes . Reglamento del Comité de Ética de Investigación. [Online].; 2020. Acceso 5 de Marzo de 2022. Disponible en: <https://transparencia.utea.edu.pe/download/EJE-GOBIERNO-Y-GESTION/DOCUMENTOS-DE-GESTION/REGLAMENTOS/REGLAMENTO-DEL-COMITE-ETICA-INVESTIGACION-2019-VERSION-4.pdf>.
73. De Carvalho FG, Justice JN, De Freitas EC, Kershaw EE, Sparks LM. Adipose Tissue Quality in Aging: How Structural and Functional Aspects of Adipose Tissue Impact Skeletal Muscle Quality. MDPI. 2019; XI(11).
74. University of Southern California . Research Guides. [Online]; 2023. Acceso 4 de Abril de 2023. Disponible en: <https://libguides.usc.edu/writingguide/discussion>.

## ANEXOS

Los anexos, panel fotográfico y otros documentos se encuentran resguardadas en la oficina de repositorio digital institucional en la Biblioteca Central de la Universidad Tecnológica de los Andes.