

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tesis

**Calidad de vida y estado nutricional de los beneficiarios del programa
pensión 65 del Distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023**

Asesora:

Mag. Anchari Oblitas, Yuliza Francesca

Autores:

Oymas Charalla, Erika Nataly

Rojas Huamán, Naira Sandrita

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Cusco - Cusco - Perú

2024



Universidad Tecnológica de los Andes

Transformando vidas

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ACTA DE EXAMEN DE TÍTULO N.º 028-2024-UTEA-FCS-EPE

Reunido la comisión especial, constituido por los señores Docentes:

- ✓ MG. CUADROS TAIRO, LUZ MARIBEL :PRESIDENTE
- ✓ MG. GUDIEL TORRES, CARMEN DE GUADALUPE :PRIMER MIEMBRO - DICTAMINANTE
- ✓ MG. SOTO TRELLES, ROSSLUS : SEGUNDO MIEMBRO - REPLICANTE

Los(as) Postulantes al **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Bachilleres: OYMAS CHARALLA, ERIKA NATALY Y ROJAS HUAMAN, NAIRA SANDRITA

Ha cumplido con la Exigencia de Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Tecnológica de los Andes, aprobado con Resolución de Consejo Universitario N° 0943-2024-UTEA-CU, de fecha 16 de abril del 2024, para la obtención del Título Profesional de Licenciado en Enfermería por la:

MODALIDAD: SUSTENTACION DE TESIS

TITULO : "CALIDAD DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSION 65 DEL DISTRITO DE CHINCHERO, URUBAMBA - CUSCO, 2023"

OYMAS CHARALLA, ERIKA NATALY	Aprobada con la Nota:	11	once	Aprobada
ROJAS HUAMAN, NAIRA SANDRITA	Aprobada con la Nota:	11	once	Aprobada

Se expide el Acta, conforme al Libro de Actas de Sustentación de Tesis de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Tecnológica de los Andes, que corre a fojas 52 y 53 en el Libro de Actas de Sorteo de Grados de Jurados y Fijación de fecha y hora para la Sustentación de Tesis, de la Escuela Profesional de Enfermería, a los que nos remitimos en caso necesario.

Cusco, 16 de septiembre del 2024


MG. CUADROS TAIRO, LUZ MARIBEL
PRESIDENTE


MG. GUDIEL TORRES, CARMEN DE GUADALUPE
DICTAMINANTE


MG. SOTO TRELLES, ROSSLUSA
REPLICANTE

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
Ciudad Universitaria, Av. Perú N° 700, Abancay, Central Telefónica 051 (083) 321559
Filial Cusco, Av. Grau 516, Teléfono (084) 251565
Filial Andahuaylas, San Jerónimo Jr. Ccatalay N° 100 Teléfono (083) 421752
www.utea.edu.pe

Calidad de vida y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del Distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	15%	4%	9%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes Trabajo del estudiante	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.utea.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	segurosucr.saludarequipa.gob.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Marcelino Champagnat	<1%

Metadatos

Datos del Autor	
Apellidos y nombres	: Oymas Charalla, Erika Nataly
Tipo y Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 72519187
URL ORCID	:
Apellidos y nombres	: Rojas Huamán, Naira Sandrita
Tipo y Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 72258609
URL ORCID	:
Datos del Asesor	
Apellidos y nombres	: Mag. Anchari Oblitas, Yuliza Francesca
Tipo y Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 70413297
URL ORCID	: https://orcid.org/0000-0002-4886-2457
Datos de la investigación	
Facultad	: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional	: Enfermería
Línea de investigación	: Salud Pública
Rango de años en que se realizó la investigación	: octubre 2023 - agosto 2024
Fuente de financiamiento	: Autofinanciado
Porcentaje de similitud	: 15%
URL OCDE	: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03

Dedicatoria

Con todo el más sincero amor dedicamos esta investigación a nuestros padres, hermanos y familiares por su apoyo y tantas muestras de afecto, quienes nos dieron su confianza y guiaron nuestro camino académico

Agradecimiento

Agradecemos a Dios, a nuestros padres por su esfuerzo y cariño, a toda nuestra familia quienes fueron de gran soporte y ayuda, a nuestros hermanos y amigos que están con nosotras en distintas etapas del estudio.

A nuestra universidad y sus docentes que nos brindaron su apoyo incondicional para nuestra formación profesional, a nuestra asesora por ser guía para culminar el presente estudio.

Resumen y palabras clave

La investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023. Se aplicó una metodología basada en una investigación de tipo básica, cuantitativa de nivel correlacional, diseño no experimental y método hipotético-i deductivo. La población y muestra se conformó por 100 beneficiarios del Programa de Pensión 65 a quienes se les aplicó un cuestionario, además se utilizó la ficha de valoración nutricional para medir las variables. Los resultados muestran que la dimensión física, social, salud mental, rol emocional, rol físico, la vitalidad, dolor corporal y la salud general se relacionan con el estado nutricional ($p < 0.05$). Por ende, se concluyó que existe relación entre calidad de vida y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión i65 a un nivel de significancia de 0.000.

Palabras clave: Calidad de vida, Estado Nutricional, IMC, Programa Pensión 65

Abstract and keywords

“The research aimed to determine the relationship between the quality of life and the nutritional status of beneficiaries of the Programa Pensión 65 in the district of Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023. A methodology based on basic, quantitative, correlational-level research, non-experimental design, and hypothetico-deductive method was applied. The population and sample consisted of 100 beneficiaries of the Programa Pensión 65, who were surveyed using a questionnaire. Additionally, the nutritional assessment form was used to measure the variables. The results indicate that the physical, social, mental health, emotional role, physical role, vitality, bodily pain, and general health dimensions are related to nutritional status ($p < 0.05$). Therefore, it was concluded that there is a relationship between the quality of life and nutritional status of Programa Pensión 65 beneficiaries at a significance level less than 0.000.”

Keywords: Quality of life, Nutritional Status, BMI, Pension 65 Program

Portada	i
Acta de sustentación	ii
Reporte de similitud	iii
Metadatos	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen y palabras clave	vii
Abstract and keywords	viii

Índice

I. Introducción	13
II. Planteamiento del problema	15
2.1. Descripción y formulación del problema	15
2.2. Objetivos	21
2.2.1. Objetivo General	21
2.2.2. Objetivos Específicos	21
2.3. Justificación e importancia	22
2.4. Hipótesis	23
2.5. Categoría	25
III. Marco Teórico	29
3.1. Antecedentes	29
3.2. Bases teóricas	37
3.3. Definición de términos	65
IV. Metodología	67
4.1. Tipo y nivel de investigación	67
4.2. Ámbito temporal y espacial	67
4.3. Población y muestra	68
4.4. Instrumentos	69
4.5. Procesamientos	73

4.6. Análisis de datos	73
4.7. Consideraciones éticas.....	73
V. Resultados y discusión.....	75
VI. Conclusiones	100
VII. Recomendaciones	103
VIII. Referencias	105
IX. Anexos	126

Índice de tablas

Tabla 1 Sexo de los beneficiarios	75
Tabla 2 Edad de beneficiarios	75
Tabla 3 Calidad de Vida	76
Tabla 4 Percepción de salud	76
Tabla 5 Función Física	77
Tabla 6 Rol Físico	77
Tabla 7 Rol Emocional	78
Tabla 8 Dolor Corporal	78
Tabla 9 Salud Mental.....	79
Tabla 10 Vitalidad.....	79
Tabla 11 Función Social	80
Tabla 12 Estado nutricional de beneficiarios	80
Tabla 13 Peso de los beneficiarios	81
Tabla 14 Talla de los beneficiarios	81
Tabla 15 Correlación entre Calidad de vida y Estado nutricional	82
Tabla 16 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Calidad de vida y Estado nutricional	83
Tabla 17 Correlación entre Percepción de Salud y Estado nutricional.....	83
Tabla 18 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Percepción de Salud y Estado nutricional	84
Tabla 19 Correlación entre Función física y Estado nutricional.....	85
Tabla 20 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Función física y Estado nutricional	85
Tabla 21 Correlación entre Rol físico y Estado nutricional.....	86
Tabla 22 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Rol físico y Estado nutricional	87
Tabla 23 Correlación entre Rol emocional y Estado nutricional	87

Tabla 24 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Rol emocional y Estado nutricional	88
Tabla 25 Correlación entre Dolor corporal y Estado nutricional	89
Tabla 26 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Dolor corporal y Estado nutricional	90
Tabla 27 Correlación entre Salud mental y Estado nutricional	90
Tabla 28 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Salud mental y Estado nutricional	91
Tabla 29 Correlación entre Vitalidad y Estado nutricional	92
Tabla 30 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Vitalidad y Estado nutricional	93
Tabla 31 Correlación entre Función social y Estado nutricional	93
Tabla 32 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Función social y Estado nutricional	94

I. Introducción

El concepto calidad de vida es el campo de interés especial en cuanto a estudios o aplicaciones prácticas en sectores como salud, educación, economía, etc.; siendo este un fenómeno complejo de evaluar ya que tiene múltiples aspectos y se conforma de diferentes dimensiones, esquivada y tiene muchos problemas de medida, por lo que se define como el estado de bienestar deseado que está compuesto por diferentes dimensiones fundamentales influenciados por factores; estos factores son similares para todos los sujetos, ya que varía de forma personal a nivel de valor e importancia que se atribuye. Respecto a la salud, la calidad de vida (CV) de un individuo está representado por la presencia de enfermedades y su respectivo tratamiento, lo cual conlleva que una persona tenga cierta percepción respecto a su bienestar, la misma que depende de limitaciones psicológicas, físicas, sociales y el descenso de oportunidades (1).

El Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), se creó en octubre de 2011 para brindar protección social a adultos mayores de 65 años en situación de pobreza extrema. La evaluación del programa comenzó en 2012 y fue realizada por un equipo técnico del MEF y MIDIS, con el informe de línea de base completado. En 2016, Paul Gertler y Sebastián Galiani de Innovations for Poverty Action (IPA) estimaron los impactos del programa, bajo la supervisión del MEF y con el apoyo de la Cooperación Alemana (GIZ) y la Cooperación Suiza (SECO). El programa ofrece subvenciones económicas bimensuales de S/. 250 y acceso gratuito a servicios de salud pública y al seguro integral de salud (SIS). (2)

Las alteraciones del estado nutricional, ocasionan un declive en el organismo, en ese sentido es razonable decir que, aunque se corra riesgo de simplificar demasiado la mejora en el estado nutricional, este impactara positivamente en la restauración de las funciones que son fisiológicas; por ende, mejora al individuo en cuanto a su salud (3). En consecuencia, los efectos de las alteraciones en el organismo derivadas del estado nutricional influyen en la calidad de vida (CV) que perciben los pacientes; por ello, el presente estudio busca “determinar la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023”, para dicho fin el estudio se estructura de la siguiente forma:

CAPÍTULO I: Presenta la realidad problemática a tratar, donde se formulan los problemas, justificación, los objetivos, delimitación, limitaciones y viabilidad del estudio.

CAPÍTULO II: Se revisan los antecedentes, las bases teóricas y marco conceptual.

CAPÍTULO III: “Se revisan las hipótesis, método, tipo, diseño, nivel de investigación, operacionalización de variables, población, muestra, técnicas, instrumentos, consideraciones éticas y procesamiento estadístico.”

CAPÍTULO IV: Se analizan los resultados, discusión de resultados y prueba de hipótesis.

Finalmente, se ofrecen las conclusiones y recomendaciones que parten de los resultados desarrollados, como una síntesis de los datos recopilados durante la investigación.

II. Planteamiento del problema

2.1. Descripción y formulación del problema

La calidad de vida (CV) y el satisfacer las necesidades derivan de lo aprendido, de experiencias, de conocimientos adquiridos, creencias y estilos de vida; por otro lado, también se considera a las normas, leyes y reglas que se encuentran en función de la satisfacción y necesidades de las personas; también, la CV está asociada con el aspecto de conducta y motivación de los individuos (4), por lo que la calidad de vida, es uno de los anhelos más significativos que tiene el ser humano en últimos años, en algunos casos se considera como un sueño y en otros como una responsabilidad del estado de bienestar actual.

En el contexto mundial; de acuerdo al reporte como el del Social Progress Imperative (SPI) que mide el progreso social y la calidad de vida en muchos países, se observa que Noruega ocupa el primer lugar en el ranking de países con mejor calidad de vida en el mundo, seguido por Dinamarca, Finlandia y Suiza (5), aunque muchos reportes como el de la revista estadounidense US News & World Report de la Universidad de Pensilvania, consideran a este último como el mejor país para vivir en el mundo ya que goza de una economía estable, seguridad financiera y los ciudadanos que habitan en dicho país gozan de un poder adquisitivo elevado, además se evidencia bajos índices de corrupción e inseguridad, por lo que la calidad de vida que presenta tiene uno de los más altos estándares en el mundo, también ocupa el primer lugar de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano del

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y el cuarto lugar en el Informe Mundial de la Felicidad (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia que la CV es el punto de vista de un individuo y la situación de su vida, esto dentro de un entorno cultural y normado por valores, haciendo referencia a sus expectativas, preocupaciones y metas (7). La CV de la población mundial, su estilo de vida y sus hábitos llegan a afectar su estado nutricional, factores como: la falta de oportunidades, costos altos de vida, sedentarismo, estrés, poca conciencia de una alimentación adecuada llega a afectar de manera directa su estado nutricional (8).

Los adultos mayores difieren en distintos países alrededor del mundo en cuanto a su estado nutricional, ya sea por exceso o pérdida; en Etiopía (África) se encontró una prevalencia de 26,6% de adultos mayores con desnutrición sobre todo en mayores de 75 años; en El Salvador la cifra es de 76% de adultos mayores con malnutrición; por el contrario; en Portugal hay una cifra de 57,9% de adultos mayores con sobrepeso; por lo que el estado nutricional de esta población difiere acorde al contexto; características sociales, personales, económicas, etc. (9).

En el ámbito internacional, la malnutrición afecta a la población adulta conformando un 24.2% (cuarta parte de la población en América Latina y el Caribe) con una alta prevalencia de obesidad; cuyas cifras son superiores al promedio mundial de 13.1%; en los años 2000 y 2016 fue visible el incremento de la obesidad en los adultos, sobre todo en la población femenina (10).

Por otro lado, en Uruguay, Chile, Brasil y Panamá una persona con una edad de 65 años puede llegar a vivir más sin pobreza y con buena salud, a comparación de países como Honduras o Guatemala que poseen altas tasas de pobreza, lo cual da un indicio de las diferencias en la población adulta mayor en cuanto a su calidad de vida en los distintos países (11). En América Latina, se considera a Uruguay como

el país con mejor calidad de vida con un puntaje de 124.80, seguidos por Ecuador y México; en esta lista de mejor calidad de vida en los países latinos, el Perú está ubicado en el séptimo (12). Cabe resaltar que la situación de la CV en América Latina, debido a los últimos sucesos en el mundo el (Covid-19), se ha visto afectada ya que gran parte de las familias presentan circunstancias complicadas para sostener su alimentación de una manera adecuada, provocando malnutrición en las personas que lo conforman.

En Chile, programas como "Más Adultos Mayores Autovalentes" y "Adulto Mayor en Movimiento" están mejorando la calidad de vida y la salud mental de los ancianos, además de reducir el riesgo de deterioro cognitivo, según estudios recientes. (13)

En México, se han establecido varios programas para apoyar a los adultos mayores. Entre ellos, el Programa de Unidades Móviles Médico-Odontológicas brinda atención médica y dental. El Programa de Convivencia promueve la integración social, mientras que el Programa de Capacitación ofrece formación en habilidades prácticas. Además, el DIFEM otorga credenciales para descuentos en servicios esenciales, y el Programa Gente Grande proporciona canastas alimentarias mensuales a personas de 60 a 69 años. Estas iniciativas buscan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. (14)

En Ecuador, existen varios programas dedicados al bienestar de los adultos mayores. El Programa del Adulto Mayor del IESS brinda acceso a terapias ocupacionales y actividades lúdicas para promover la salud integral de los jubilados (15). Por otro lado, el Programa de Atención Integral busca mejorar la calidad de vida de los ancianos mediante la promoción de un estilo de vida saludable y su integración en la sociedad (16). Además, el programa "Envejeciendo Juntos" colabora con el Ministerio de Inclusión Económica y Social para ofrecer una atención completa, fomentando un envejecimiento activo y saludable desde su inicio

en 2018, siguiendo los pasos del programa "Misión mis mejores años". Estas iniciativas reflejan un compromiso con la rehabilitación comunitaria y la participación social de los adultos mayores en este país (17).

En el ámbito peruano, se proyecta que la población mayor de 65 años al 2025 representarán el 12% del total poblacional, demostrando el incremento; asimismo 18,2% de adultos mayores que son jefes de hogar fueron beneficiados por el Programa Pensión 65 incrementándose los beneficiarios en número representado por el 3,4% comparado al 2017; siendo los del área rural los más beneficiados; el 82,6% de esta población son mujeres y presentan problemas de salud crónicos y en los varones esta cifra es del 69,9%; cabe resaltar que 72,7% de adultos mayores enfermos no acudieron a un centro de salud para su atención ya que le queda lejos o la atención es muy retardada (18). Por otro lado, un requisito para acceder al Programa pensión 65 es el tener más de 65 años y estar en situación de pobreza extrema, lo cual hace que la población adulta mayor que están dentro de este programa enfrenten una serie de vulnerabilidades que hace suponer que tienen baja calidad de vida; asimismo, Defensoría del Pueblo ha mostrado preocupación por este grupo, ya que se fueron reportando alrededor de 5158 casos de violencia psicológica a los adultos mayores, de modo que no solo se ve atentado la salud física sino también la parte psicológica de los adultos mayores del país (19).

Acorde a la GERESA cusco al 2021, la población de adultos mayores constituye 10,24% del total poblacional en la región Cusco, asimismo, se observa una mayor población con tendencia al envejecimiento, partir de los 60 años, el peso relativo aumenta de 5,9% a 9,1%; así mismo, la obesidad se cataloga como un factor de riesgo (30% como factor de morbilidad) junto con la gastritis y duodenitis (50% como factor de morbilidad) de padecer enfermedades del sistema digestivo, como diabetes tipo 2, enfermedades del sistema circulatorio, como enfermedades cardiovasculares y enfermedades del sistema respiratorio, como infecciones

respiratorias agudas (IRAS) (20); con respecto a las IRAS, se ha visto que en los últimos años las defunciones en adultos mayores se han incrementado a causa de estas, incrementándose al 2022 hasta en 742.30% respecto al año 2012 en la región del Cusco (21).

Por otro lado, según el “Índice de Progreso Social Regional de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP)”, en Cusco la satisfacción de necesidades básicas, las oportunidades y bienestar no son adecuadas, se menciona también que ninguna región del país fue identificada con un progreso alto, esto debido a las consecuencias que dejó el Covid-19, ya que a nivel regional hubo un retroceso de 5%, debido a la baja en accesos a conocimiento básico, de salud, bienestar, también fue notoria el empeoramiento del estado de nutrición; Cusco está posicionada en el décimo sexto puesto, solo superando a Apurímac en el puesto 23 y a Puno en el puesto 24, esta consideradas en el rango más bajo (22).

Acorde a diciembre del 2017 se registraron 36372 beneficiados de Pensión 65; asimismo, Cusco fue una de las regiones que superó el 100% del objetivo de participantes a este programa (23).

El Programa Pensión 65, está implementado en todas las regiones del Perú, como es en la región de Cusco y en cada una de sus provincias, el presente estudio se llevará a cabo en el distrito de Chinchero, que pertenece a la provincia de Urubamba, este distrito se compone de 12 comunidades y presenta altos niveles de pobreza, además está ubicado en el puesto 1 281 en el mapa de pobreza distrital a nivel país (24) por diferentes causas que restringe a la ciudadanía de vivir una vida plena y digna sobre todo al tratarse de una zona rural, situación que impacta en mayor medida a los adultos mayores que poseen menores oportunidades comparadas al promedio por la edad que poseen, viéndose afectada la calidad de vida que tienen y con ello su estado nutricional, pues la presencia de enfermedades

sumado a la pobreza de la zona, da a conocer que los adultos mayores atraviesan una serie de dificultades que les impide vivir adecuadamente afectándoles física como psicológicamente llegando a presentar índices de una mala nutrición o sobrepeso, por lo que la evaluación de esta población es importante debido a la alta prevalencia de este problema.

Cabe resaltar que en los últimos tiempos se ha visto el aumento de índices de desnutrición en adultos mayores de procedencia rural y de bajos recursos, lo cual conlleva a una pérdida de masa corporal llegando a complicar su condición de salud deteriorando su calidad de vida.

2.1.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?

2.1.2. Problemas Específicos

- a. ¿Cuál es la relación entre la percepción de salud y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?
- b. ¿Cuál es la relación entre la función física y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?
- c. ¿Cuál es la relación entre el rol físico y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?
- d. ¿Cuál es la relación entre el rol emocional y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?

- e. ¿Cuál es la relación entre el dolor corporal y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?
- f. ¿Cuál es la relación entre la salud mental y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?
- g. ¿Cuál es la relación entre la vitalidad y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?
- h. ¿Cuál es la relación entre la función social y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

2.2.2. Objetivos Específicos

- a. Reconocer la relación entre la percepción de salud y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- b. Relacionar la función física y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

- c. Identificar la relación entre el rol físico y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- d. Establecer la relación entre el rol emocional y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- e. Demostrar la relación entre el dolor corporal y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- f. Conocer la relación entre la salud mental y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- g. Determinar la relación entre la vitalidad y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- h. Determinar la relación entre la función social y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

2.3. Justificación e importancia

La condición nutricional es vista como indicador fundamental para la calidad de vida en los individuos de toda edad que son participantes del programa Pensión 65. Uno de los aspectos que influye mucho, son las situaciones que está de más contribuir a una calidad de vida y se relaciona con el estado nutricional.

Justificación práctica. El presente puede ser usado como base para futuras investigaciones, esperando que con la información lograda se llegue a plantear futuras

acciones de intervención y prevención, como lograr una sensibilización sobre los temas tratados.

Justificación Social. Los estudios enfocados en adultos mayores son relevantes dado el incremento poblacional de los mismos y debido a las tendencias de envejecimiento; este tipo de estudios se da con el fin de aplicar estrategias de promoción y prevención nutricional que garanticen más años de vida saludables y productivas en base a una adecuada nutrición, además de aplicar políticas que puedan solucionar limitaciones de una calidad de vida (CV) adecuada de la población de adulto mayores de la zona rural que llega afectar directamente su estado nutricional su salud en general, previniendo el surgimiento de enfermedades que derivan de la malnutrición en la región.

Justificación teórica. El aporte teórico de esta investigación es fundamental, porque se realiza revisiones de otros estudios a nivel internacional, nacional y local; por otro lado, es notorio los pocos estudios relacionados a las variables y el tipo de población, ya que muchos estudios están en su mayoría más relacionados con las personas que sufren alguna enfermedad; por último, este estudio sirve como antecedente para futuros estudios centrados en las variables y población de estudio.

Justificación metodológica. Esta investigación abarca un tema de salud pública importante que amerita un estudio sistemático, por ello se considera la validez de los instrumentos para la veracidad de los resultados, también respetando lo normado por la universidad.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Existe relación ente la calidad de vida y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

2.4.2. Hipótesis específicas

- a. Existe relación entre la percepción de salud y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- b. Existe relación entre la función física y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- c. Existe relación entre el rol físico y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- d. Existe relación entre el rol emocional y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- e. Existe relación entre el dolor corporal y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- f. Existe relación entre la salud mental y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- g. Existe relación entre la vitalidad y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- h. Existe relación entre la función social y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

2.5. Categoría

2.5.1. Variable independiente

Calidad de Vida

2.5.1.1. Dimensiones de la variable independiente

- Percepción de salud
- Función física
- Rol físico
- Rol emocional
- Dolor corporal
- Salud mental
- Vitalidad
- Función social

2.5.2. Variable dependiente

Estado nutricional

2.5.2.1. Dimensiones de la variable dependiente

- Delgadez
- Normal
- Sobrepeso
- Obesidad

2.5.3. Operacionalización de la variable independiente

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Escala de medición	Naturaleza	Expresión final
VARIABLE INDEPENDIENTE Calidad de vida	Se define como la percepción del individuo sobre su situación en la vida respecto a su entorno y al cumplimiento de sus metas y expectativas, este concepto incluye diversos aspectos como la satisfacción de necesidades, la salud física, el bienestar psicológico, la autonomía, interacciones sociales, adaptación al entorno,	Percepción de salud	Autoevaluación de salud	a)Excelente	nominal	cualitativa	Malo: 6 – 10 Regular: 11 – 16 Malo: 17 - 22
			Como esta su salud está actualmente	b)Muy buena c)Buena d)Regular e)Mala			
		Función física	Esfuerzos intensos	a)Si, me limita mucho	Nominal	cualitativa	Malo: 10-15 Regular: 16-21 Bueno: 22-27
			Esfuerzos moderados	b)Sí; me limita un poco			
			Subir escaleras múltiples	c)No; no me limita nada			
			Autonomía en actividades diarias				
		Rol físico	Reducir el tiempo al trabajo o a las actividades cotidianas	a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Solo alguna vez e) Nunca	nominal	cualitativa	Malo: 7 – 10 Regular: 11 – 15 Bueno: 16-20
			Inconformidad con capacidades				
			Interrupción de tareas				
			Dificultad en actividades cotidianas				
Rol emocional	Reducir el tiempo por algún motivo emocional	a)Siempre b)Casi siempre c)Algunas veces d)Solo algunas veces e)Nunca	nominal	cualitativa	Malo: 6-8 Regular: 9-11 Malo: 12-14		
	Reducción de actividades						
	Bajo desempeño por problemas emocionales						

	entre otros (129).	Dolor corporal	Índice de dolor corporal en las últimas 4 semanas	a) Nada b) Un poco c) Regular d) Bastante e) Mucho	nominal	cualitativa	Malo: 2 – 4 Regular: 5 – 7 Bueno: 8 - 10
			Índice de dificultad laboral debido al dolor corporal	a) No, ninguno b) Si, muy poco c) Si, un poco d) Si, moderado e) Sí, mucho f) Si, muchísimo			
		Salud mental	Estado emocional	a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) solo algunas veces e) nunca	nominal	Cualitativa	Malo: 5-9 Regular: 10-14 Malo: 15-20
			Índice de calma y tranquilidad				
			Desánimo y depresión				
			Índice de felicidad				
		Vitalidad	Percibe índice de alta energía	a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) solo algunas veces e) nunca	nominal	cualitativa	Malo: 4 - 7 Regular: 8 – 12 Bueno: 13 - 17
			Percibe agotamiento				
			Percibe cansancio				
		Función social	Índice del efecto de la salud física en las actividades sociales	a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca	nominal	cualitativa	Malo: 4-5 Regular: 6-7 Bueno: 8

2.5.4. Operacionalización de la variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
VARIABLE DEPENDIENTE Estado nutricional	Está definido como el resultante entre los aportes nutricionales que reciben los individuos respecto de sus demandas nutricionales. (130)	Delgadez	IMC ≤ 23	Ordinal
		Normal	IMC $> 23 < 28$	Ordinal
		Sobrepeso	IMC $\geq 28 < 32$	Ordinal
		Obesidad	IMC ≥ 32	Ordinal

III. Marco Teórico

3.1. Antecedentes

3.1.1. A nivel internacional

Rizal H. et al. en su investigación titulado “Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre la población de nivel socioeconómico bajo en Malasia”. Kuala Lumpur – Malasia 2019.

Objetivo: tuvo como finalidad de establecer el riesgo de los aspectos relacionados a la baja calidad de vida y su impacto en la salud de la población referenciada.

Método: esta investigación fue transversal, donde se aplicaron tanto metodologías científicas como estadísticas, la población estuvo conformada por 347 personas de bajos recursos, Para fines de este estudio se empleó el cuestionario.

Resultados: se sabe que un 61% es de sexo femenino, un 63% son casados, con el mismo porcentaje están las personas que trabajan activamente; el análisis de regresión logística demostró que aquellos determinantes de la baja calidad de vida estaban presentes en la enfermedad crónica [odds ratio (AOR) 4.15 95% intervalo de confianza (IC) (2.42, 7.13)], mientras que los determinantes para el mal estado de salud fueron; mujer [AOR 1,94 IC del 95 % (1,09, 3,44)], baja educación [AOR 3.07 95%IC (1.28,7.34)] y enfermedad crónica actual [AOR 2.53 95%IC (1.39,4.61)].

Conclusión: Aquellos aspectos que influyen en la CV fueron un bajo ingreso percibido por esta población, el ser de sexo femenino, el nivel de educación y las dolencias a causa de la condición en la que se hallan (25).

Portilla A. y Pupiales J., realizaron en su investigación titulado “Calidad de vida en el adulto mayor indígena”. Nariño – Colombia 2019.

Objetivo: Conocer la CV de la población residente de dicha comunidad.

Metodología: la investigación fue de un corte transversal, se tuvo como muestra la participación a 120 adultos mayores de sesenta años; como técnica se usó al cuestionario de aspectos demográficos y la escala de vida SF-36.

Resultados: se halló que la población predominante es la femenina 62.50%, casados 78.33%, no saben leer y escribir 45.83%, no recibe subsidio por parte de las autoridades 68.33%, se dedica a las labores del hogar 75%, no recibe un ingreso mensual 50%, dependen de la familia en el área económica 35%, y el 60% dio a conocer que tiene limitaciones para efectuar actividades intensas, donde el 43.33% mencionó que su salud empeorará.

Conclusiones: se considera que la salud está relacionada con la calidad de vida (CV) de esta población, tiene influencia por parte de los factores de salud, sociales, físicos y emocionales, que dificulta a los sujetos a poseer una relación adecuada con su entorno (26).

Doosti A. et al. en el trabajo titulado “Calidad de vida en la población anciana iraní utilizando el cuestionario SF-36 meta análisis y revisión sistemática”. Hamadán – Irán 2021.

Objetivo: diseñar una meta análisis y revisión sistemática con el propósito de determinar la puntuación media general de CV en base al Cuestionario corto SF-36 entre la población de ancianos iraní.

Metodología: fue no experimental - transversal, se indagó en registros de datos a nivel internacional (Medline, Scopus y Science Direct) y bases de datos nacionales (Science Information Database, MagIran, IranMedex e Irandoc). Se aplicó el cuestionario SF-36.

Resultados: De 2150 estudios identificados, 15 se incluyeron en el metanálisis. Las puntuaciones medias de calidad de vida (CV) en las 8 escalas fueron: 47,58; 51,75;

55,42; 55,78; 59,55; 51,54; 47,85 y 51,31 para función física, rol físico, salud mental, dolor corporal, rol emocional, funcionamiento social, percepción de salud, y vitalidad, respectivamente. **Conclusiones:** la calidad de vida vinculada a la salud disminuyó con el aumento de la edad. La calidad de vida (CV) fue peor en mujeres que en hombres, fundamentalmente en escalas de percepción de salud y de rol físico. Aquellos que vivían en un asilo de ancianos mostraron una CV más baja que los que vivían en su propia casa (27).

Peña E. et al. en la investigación titulada “Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México” 2021.

Objetivo: realizar una descripción de variables de investigación dentro de su ámbito de estudio.

Metodología: se trata de una investigación cuantitativa, transversal y analítica, tuvo de muestra a 75 adultos mayores de 65 años, como instrumento para la investigación se empleó el Cuestionario de Salud SF-36 y Cuestionario Sociodemográfico.

Resultados: se halló que el 80% poseen una mala calidad de vida (CV).

Conclusiones: se identificó que los adultos mayores muestran altos índices de complicaciones emocionales, físicas, sociales, originando una perspectiva negativa de su salud y vida (28).

Chavarría P. y Rodríguez A. En su investigación titulado “Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos”. La Habana – Cuba 2019.

Objetivo: que se determinase el estado nutricional y el grado relacional con una de sus particularidades sociales y demográficas dentro de su ámbito de estudio.

Metodología: el estudio tuvo un enfoque cuantitativo de corte transversal, tuvo un tamaño muestra de 118 adultos mayores, como instrumentos se aplicaron cuestionarios, el estado nutricional fue evaluado por instrumentos antropométricos.

Resultados: se halló que en un 50% de adultos mayores el estado nutricional fue mayor y estuvo relacionado con ser profesional, realizar actividad física y tener pareja; por otro lado, la población femenina no experimentó relación con ninguna dimensión del estado nutricional; el sobrepeso estuvo relacionado con el nivel de escolaridad media y con no ser profesional ($P < 0.001$).

Conclusiones: la capacidad económica y el nivel de escolaridad permiten una mejor CV (29).

Merellano E., en el estudio titulado “Condición física, independencia funcional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores chilenos”. Badajoz – España 2021.

Objetivo: Efectuar un análisis y que se relacione las condiciones físicas, independencia funcional y calidad de vida en relación con la salud de los adultos mayores.

Metodología: el estudio fue descriptivo y con correlación, para la medición se usó los siguientes instrumentos, cuestionario de salud realizado por EuroQol Group.

Resultados: se halló que 43.7% poseían un estado nutricional en obesidad, en estado de sobre peso 38.6% y en estado de peso normal 17.6%, en referencia a la independencia funcional el 48.8% está ubicada en una funcionalidad moderada, y se consideró que tuvieron alta funcionalidad el 36.9%.

Conclusión: la funcionalidad física se relaciona con la CV de esta población, de modo que programas de prevención son de relevancia para evitar la dependencia funcional (30).

3.1.2. A nivel nacional

Duran R. y Ruiz R. en el trabajo titulado “Calidad de Vida y Estado Nutricional de los Beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria – Pensión 65, Andahuaylas, Apurímac 2022”.

Objetivo: con el fin que se establezca un grado de relación entre variables de investigación de personas que son beneficiarios de este programa.

Metodología: esta investigación es básica, descriptiva, sin experimentación y transeccional; el universo poblacional fue de 326 beneficiarios, con un tamaño muestral de 115 beneficiarios; como técnica se usó la encuesta.

Resultados: se hallaron como resultados que, en el aspecto de la función física el 42.6% sintieron un poco de limitación; por otro lado, se halló que la salud mental como la salud emocional estuvo comprometida de forma negativa, como también la salud física, vitalidad y el dolor corporal. También se encontró que existe una presencia de delgadez en 61.7%, presentan obesidad el 5.2%; presentan sobre peso el 26.1%, de todo ello, solo el 7% demostró normalidad en su estado físico.

Conclusión: se concluyó la relación existente entre las variables cuyo valor fue de 0,541 superior a 0,05. Se pudo observar correspondencia entre el estado nutricional y la correspondencia del dolor y la función social, debido a que, para los demás elementos no hubo relación alguna (31).

Castellanos J., realizó una investigación titulada “Estado nutricional y calidad de vida en la población mayor de 40 años en Coviriali, Satipo- 2019”. Junín – Perú, 2020.

Objetivo: realizar un análisis de la correspondencia entre las variables.

Metodología: el estudio es inductivo-deductiva, con correlación y sin experimentación, la población fue la totalidad de la población que se encuentra en el rango etario, de lo mencionado anterior se tomó una muestra de 382, se empleó la ficha antropométrica para recolectar los datos, se usó el SF-36 de instrumento.

Resultados: se obtuvo que el 55% de la muestra son obesos, un 38% tienen peso normal y un 7% se encuentran delgados; además, un 57% refieren tener calidad de vida alta en los campos del rol físico, emocional, dolencias corporales y salud en general, resultó de nivel bajo respecto a la calidad de vida.

Conclusión: se llegó a afirmar la correspondencia entre las variables (32).

Bravo G. y García Y., en su investigación “Calidad de vida y malnutrición de los adultos mayores, que acuden al puesto de salud Yanamilla, Ayacucho 2022”. Ayacucho – Perú, 2023.

Objetivo: Que se determine la correlación entre las variables.

Metodología: se trata de un estudio sin experimentación, con correlación y transversal, la población fueron 377 adultos mayores del centro de salud referido, y como muestra se tuvo la cantidad de 125 participantes, se usó la observación y entrevista, y como instrumento de investigación se tomó en cuenta el cuestionario denominado SF-36 y la ficha antropométrica.

Resultados: Se halló como resultados, los adultos mayores presentaron malnutrición por lo que se consideró una calidad de vida no favorable (78.1%), de ese porcentaje, se encuentran en estado de delgadez 37.5%, tiene obesidad 18.7% y sobre peso 21.9%. del porcentaje de los adultos mayores, se halló que la calidad de vida se encuentra afectada por el desgaste de la función física, manifestación de dolor, rol físico, una disminución de la vitalidad, desgaste de la salud; la calidad de vida no adecuada se encuentra más presente en la población femenina.

Conclusiones: No presentaron malnutrición poseen una calidad de vida no adecuada, donde se evidenció una correlación entre variables de investigación, ello evidenciado con el Ro: 0.114 (33).

Estrada H., Moreno A. y Vega M. en su estudio titulado “Calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, Lima - 2018”.

Objetivo: Determinar la correspondencia entre ambas variables.

Metodología: fue cuantitativo, transversal y descriptivo; se tuvo una población representada por 250 adultos mayores; para evaluarla calidad de vida se usó el cuestionario SF-36 V1.

Resultados: 49,2% de participantes muestran una lata calidad de vida; 34,4% promedio y 8.4% baja; respecto a la función física 34,4% posee CV alta; en rol

físico, 52,8% posee CV alta, en dolor corporal 56,8% posee CV alta, en percepción de salud el 58,8% posee CV promedio, en vitalidad 56,4% posee CV alta, en función social 38% posee CV alta, en rol emocional el 52% posee CV alta y en salud mental 57,2% posee CV alta.

Conclusión: La calidad de vida de la población es alta en cada una de sus dimensiones mientras que en percepción de salud esta fue promedio (34).

Rodríguez F., Quispe M., Oyola A., De la Cruz C., Portugal M., Lizarzaburu E. y Mejía E., en su investigación titulada “Calidad de vida y su relación con la malnutrición en el adulto mayor de la provincia de Ica, 2018.

Objetivo: determinar la correspondencia entre ambas variables.

Metodología: la investigación fue observacional, prospectivo y descriptivo, se tomó a 29937 adultos mayores como población y se calculó una muestra de 138 participantes; se usó una encuesta y el Mini Nutritional Assessment (MNA) para calcular el estado nutricional.

Resultado: 47,1% de participantes tienen nutrición satisfactoria y riesgo de malnutrición en la misma proporción y el 5,8% de casos mostró malnutrición. Por otro lado, en el 50% de participantes se obtuvo puntajes de 68 respecto a su funcionamiento sensorio, participación social, autonomía; sin embargo, se tuvo puntajes bajos en el dominio de morir o muerte, mostrando una media calidad de vida.

Conclusión: existe correspondencia entre ambas variables ya que la presencia de malnutrición implica menos CV (35).

3.1.3. A nivel regional y local

Huamán R. en la investigación titulada “Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65 del Centro Poblado de Kcauri, Cusco 2019”

Objetivo: realizar una identificación sobre la calidad de vida de los adultos que se benefician y los que no se benefician del programa referido.

Metodología: esta investigación es descriptiva comparativa, la población la conformaron las personas beneficiarias de este programa que residen en la zona de Kcauri, se empleó el instrumento de Escala Fumat y el cuestionario SF-36.

Resultados: se pudo observar que, 57.7% es beneficiario de este programa, un 53.2% refiere que percibe un ingreso de S/.125, un 41.5% viven con sus hijos, además el 50% de los individuos que no se favorecen de dicho programa tienen una calidad de vida que se describe como mala, un 52.5% de las personas que no están considerados en el programa y un 50% de los que sí se benefician se encuentran con un nivel bajo en lo que respecta a la calidad de vida, de esa forma el 51% del total tienen calidades de vida malas.

Conclusión: la diferencia entre las personas que se benefician y no se benefician es de 1.9% (calidad de vida), además sólo un 1.1% de estas personas mantienen una buena calidad de vida; es así que, se concluye que aquellos que si se benefician y que no forman parte del programa refieren una mala y regular calidad de vida (36).

Cáceres E. en su estudio titulada “Calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud San Jerónimo, Cusco 2020”.

Objetivo: establecer la calidad de vida de dicha población.

Metodología: es una investigación cuantitativa, descriptiva, no experimental-transversal, tuvo una muestra representada por 87 participantes mayores a 60 años, el cuestionario fue el SF-36.

Resultados: 41,4% de participantes poseen una CV deficiente, de 36.8% es buena y del 21,8% es regular; respecto a las dimensiones, se tuvo que en la función física el 37,9% tuvo una CV deficiente; en el rol físico el 65,5% tuvo CV regular; en dolor corporal 44,8% tuvo CV buena; en percepción de salud el 40,2% tuvo CV buena; en vitalidad, 42,5% posee CV regular; en función social, el 37,95 posee CV buena

y regular en la misma proporción, en rol emocional el 46% posee CV deficiente y en salud mental; el 48,3% posee CV regular.

Conclusión: la población adulta mayor atendida en el centro de salud de San Jerónimo posee una calidad de vida deficiente (37).

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Teorías acerca de la calidad de vida

Esta variable se aborda bajo la perspectiva de Brock, quien llegó a integrar una postura de la calidad de vida a partir de tres teorías referenciales como la teoría hedonista, la teoría de la satisfacción de los deseos y las teorías de una buena vida, este autor refiere que se trata de “una buena vida”, aunque parecieran ser términos muy simples, engloban un sentido amplio debido a la referencia de las teorías mencionadas (38).

Teoría de Persona-Sociedad de Trujillo, Tovar y Lozano, estos teóricos desarrollan un modelo que caracteriza a la persona en sociedad, además de las relaciones que estas desarrollan a partir de la interacción, bajo estas premisas establecen una tipificación de las individualidades y los colectivos enmarcados en sus contextos respectivos, conforme al círculo social en el que el sujeto se desarrolle, a partir de ello se explica la calidad de vida; se resalta también las características diversas de los sujetos que componen una sociedad (39).

Estas teorías resaltan de forma compleja la calidad de vida, permiten un enfoque completo con respecto a los elementos, debido a la multiplicidad de momentos en los que el hombre se involucra, las condiciones no pueden equipararse a partir de un enfoque general, sino uno integrador que se desarrolle considerando esta diversidad. Es pertinente considerar también las necesidades básicas del hombre, ya que su

satisfacción puede representar los cimientos que permitan la calidad de vida satisfactoria, por tal razón también se emplea la siguiente teoría.

La teoría de Maslow, particularmente la estructuración de las necesidades básica del hombre, donde se encuentran dispuestas a manera de base las necesidades básicas, encima de ellas están la seguridad y protección, después se encuentran las necesidades de estima, sociales y autorrealización; como es evidente la satisfacción del total de estas necesidades llevaría al hombre a un estado de bienestar pleno, pero la dialéctica de la realidad es un impedimento para ello, ya que un equilibrio constante entre estos elementos se ve opacado por el constante de los problemas en la vida del hombre (40).

La teoría de Orem resalta el autocuidado, considerando que el rol de la enfermería es ayudar a los individuos a mantener acciones que favorezcan su bienestar, mientras que la teoría de la incertidumbre reconoce que esta puede ser una fuente de estrés para los pacientes, afectando su salud emocional y física, donde el cuidado humanizado enfatiza la necesidad de un compromiso ético por parte de los profesionales; por otra parte, Hall defiende la profesionalización de la enfermería, asegurando que solo personal cualificado debe asumir la responsabilidad completa de la atención y educación del paciente. Estas teorías juntas subrayan la importancia de un cuidado holístico, que abarca desde el entorno físico hasta la atención emocional y ética.

3.2.2. Conceptos de calidad de vida

Los conceptos acerca de esta variable tienen sus orígenes en los años ochenta, en sus inicios era de utilidad para diseñar políticas públicas, posteriormente fue un concepto tomado por diversas organizaciones de renombre (41). La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 1948, afirma en cuanto a la calidad de vida que está definida a manera de un estado en el cual el sujeto está en pleno goce de

su bienestar, esto en todos los aspectos, aunque varios especialistas difieren en ello, porque pareciera ser un concepto utópico (42).

De acuerdo con las posturas de Higueta y Cardona (43), la calidad de vida tiene amplia gama de áreas de estudio, la misma que contiene los aspectos económicos del individuo, las emociones y sociales. Se trata de una concepción compleja, cuya caracterización abarca una variedad considerable de elementos concernientes; dichos elementos están dispuestos desde lo objetivo, subjetivo, los que se demuestran a partir de las emociones, la educación y el trabajo; entonces desde su instauración dentro del campo de la medicina, con el tiempo ha adquirido importancia para el cuidado para superar aspectos que afecten a la calidad de vida de las personas (44).

Mazo y Mejía (45), sostienen que un elemento importante es la familia, ya que los menores deberían tener su primer lugar seguro en el ambiente familiar, y este a su vez brindarle una buena calidad de vida. Asimismo, se vincula al disfrute global de los integrantes del círculo familiar, un buen ambiente familiar también influye en el estado de bienestar del hombre (46).

Calidad de vida puede ser entendida a partir de las nociones del buen vivir, donde el hombre prioriza y busca satisfacer sus necesidades por medio de las mejores formas posibles, ya que en su mayoría se busca la mejora continua con los recursos disponibles; el buen vivir también puede ser entendido como la integración de factores que le permiten al hombre una sensación de plenitud y bienestar, aunque diferirá de acuerdo a los ideales y las condiciones de cada individuo (47).

3.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Partiendo de conceptos sobre calidad de vida, la CVRS se puede entender como lo percibido por las personas relacionado a la salud propia de estas, es un concepto integrador, debido a que se juntan aspectos físicos y mentales (48).

Es así que, las personas que padecen alguna dolencia, condición o enfermedad, relacionan aspectos de la CVRS con funciones mentales o corporales, las mismas que son afectadas según la condición, esto también tiene repercusión en el estado emocional de estas personas, las razones para esto pueden ser múltiples; sin embargo, la labor del personal de enfermería puede aplacar alguna de estas dolencias; por ello, para una mejor CVRS, es fundamental la práctica de los profesionales en la materia, porque la transformación se da a partir de sus conocimientos (49).

En circunstancias donde se presenta la enfermedad, conforme a la gravedad de esta es posible que esta calidad se deteriore, lo que implica complicaciones en varios aspectos; cuando se comprometen cuestiones del bienestar mental, es posible un deterioro más acelerado de la condición física, por ello es necesario considerar perspectivas integradoras respecto al tema (50). En este sentido, se debería considerar la totalidad de factores que pueden ser de impacto para la CVRS, de este modo el trabajo de los responsables en todos los niveles pueda ser óptimos, así como la formulación adecuada de una política pública que permita satisfacer a los pacientes y las personas enfermas a través de medidas para el cuidado y atención integral (51).

Para realizar una evaluación de la CVRS hay una diversidad de instrumentos que se enfocan en la salud, los mismos que pueden ser genéricos y específicos; los genéricos se pueden aplicar a sujetos que se encuentran en un estado de salud

favorable, mientras que los específicos se aplican para poblaciones enfermas o que padecen de condiciones particulares (52).

Los diversos instrumentos empleados para parámetros aspectos del CVRS, tienen sus bases en todas las dimensiones que se relacionan con el entorno de los individuos, estos son medidos por medio de interpretaciones personales de los sujetos en relación al campo clínico, ya que son las personas las que se encargan de informar a los profesionales en salud acerca de su malestar, entonces al medir estos aspectos, la base principal es lo referido por el paciente, con esto es posible la consideración y el foco del problema para emplear una intervención adecuada de acorde al contexto (53).

En este sentido, es que muchos investigadores del tema enfatizan en que el CVRS se debería abordar en función a las perspectivas de los pacientes más no de los médicos, a razón de que es la misma persona la que puede referir de mejor forma lo que pasa en su vida y su salud; entonces es posible que estas interpretaciones personales no sean posibles de expresarse en su totalidad mediante la instrumentalización de su medida, ya que los criterios son en demasía cuantitativos pues se abordan desde un enfoque transversal (54) .

3.2.4. Características de la calidad de vida

Se puede caracterizar a través de diversas formas, dado que como se pudo ver con anterioridad es un concepto que considera varias áreas de estudio y es complejo. La caracterización de calidad de vida en ocasiones es dependiente al estilo de vida de las personas, lo que a su vez se encuentra condicionado por elementos demográficos, sociales, económicos, políticos, entre otros; en ello recae la dificultad de caracterizar puntualmente la calidad de vida. Al respecto la OMS afirma la explosión demográfica que es un tema preocupante, además que los adultos

mayores se han incrementado de forma significativa durante los últimos tiempos (55).

Son aquellas dimensiones que se consideran importantes para el bienestar de las personas. Estas dimensiones pueden ser subjetivas u objetivas, y pueden variar de una persona a otra.

3.2.4.1. Características objetivas

Se refiere a los factores que pueden medirse de forma independiente de la percepción individual (56). Estos factores incluyen:

Condiciones materiales: Se refiere a los recursos materiales y económicos que tiene una persona a su disposición, como la casa, el sustento económico, la salud y la formación, dentro del cual puede ser vivienda, alimentación, salud, educación y empleo

Las condiciones materiales adecuadas son requeridas con el objetivo que los individuos satisfagan sus necesidades básicas y tener una vida digna; una vivienda adecuada proporciona un lugar seguro y confortable para vivir. Una alimentación adecuada proporciona las vitaminas requeridas que el organismo funcione adecuadamente. La salud adecuada les brinda a las personas tener una vida plena y productiva. La educación adecuada proporciona las habilidades académicas necesarias para que las personas se desarrollen óptimamente.

- Vivienda: Acceso a vivienda segura, confortable y apropiada para la familia y sus necesidades.
- Alimentación: Acceso a alimentación nutritiva y suficiente.
- Salud: Disponibilidad de servicios de salud.
- Educación: Acceso a una educación de calidad y gratuita.

Condiciones de salud: Se define como el estado mental y físico de un individuo, y a su habilidad para llevar una vida independiente y productivo, las condiciones

de salud pueden afectar a la calidad de vida de un individuo de diversas maneras. Un estado de salud deficiente puede limitar la competencia de un individuo para llevar a cabo sus quehaceres diarios, como el trabajo, estudio, participar en actividades sociales o disfrutar de su tiempo libre.

Por el contrario, un estado de salud bueno puede contribuir a una vida más plena y satisfactoria. Las personas con buena salud suelen tener más energía, sentirse más felices y tener más oportunidades de participar en actividades que disfrutan.

Seguridad: Se refiere a la protección de una persona de la violencia, el crimen y de los bienes, y el medio ambiente de los riesgos. La seguridad puede ser física, psicológica o social.

- La seguridad física permite a las personas moverse libremente y participar en actividades cotidianas sin temor a la violencia o los accidentes. La seguridad psicológica permite a las personas sentirse seguras y protegidas, y a desarrollar relaciones saludables.
- La seguridad social permite a las personas afrontar los riesgos económicos y mantener un nivel de vida adecuado.

Oportunidades de desarrollo: Se refiere a las oportunidades que tiene una persona para aprender, crecer y alcanzar sus metas. Las oportunidades de desarrollo pueden ser de naturaleza diversa, incluyendo:

- Educación: Los individuos necesitan contar con la oportunidad de recibir una educación de alta calidad para cultivar destrezas y obtener saberes.
- Formación: Las personas necesitan tener acceso a formación continua para actualizar sus conocimientos y habilidades.
- Oportunidades laborales: Las personas necesitan tener acceso a oportunidades laborales que les permitan desarrollar su potencial.
- Oportunidades de participación social: Las personas necesitan tener oportunidades para participar en la sociedad y contribuir a su comunidad.

Participación social: Referido a las capacidades de los individuos para involucrarse en las actividades de la sociedad y contribuir a su comunidad. Se puede definir como el involucramiento de los individuos a los eventos que se realizan en conglomerados sociales ya sea de forma obligatoria o voluntaria, cabe mencionar que estas actividades podría haber consecuencias en la salud de los individuos adultos.

La participación social es un elemento significativo relevante de la calidad de vida. Los individuos que participan socialmente tienen niveles mayores de satisfacción con la vida, mejor salud mental y física, y mayor sentido de pertenencia a la comunidad.

Participación política: Referido a aquellas personas que participan activamente en las decisiones políticas.

Participación social: Habilidad de las personas para que participen en las actividades de la sociedad, como el voluntariado, el trabajo comunitario y la participación en organizaciones sociales.

Participación económica: Referido a las capacidades donde se cuenta a las personas para ser partícipes del mercado laboral y la actividad económica.

Estos conceptos son importantes porque tiene efecto importante en los individuos y su bienestar. Las estrategias gubernamentales que impulsen el avance de estas ideas contribuirán a que mejore la calidad de vida de la población.

3.2.4.2. Características subjetivas

Bienestar emocional: Referido a las habilidades de los individuos para experimentar emociones positivas y negativas, y para regularlas de manera saludable.

El bienestar emocional se puede definir como los estados de ánimo donde los individuos son conscientes de las habilidades que tienen para que afronten las presiones normales de la vida, realizar trabajos productivos y realicen contribuciones a la comunidad (57). Este bienestar es relevante para la salud y su

bienestar general. Los individuos con un alto nivel de bienestar emocional suelen ser más alegres, más sanos y más productivos.

Relaciones interpersonales: Es la importancia de las relaciones significativas con otras personas, como la familia, los amigos y la comunidad. Las relaciones interpersonales también pueden afectar la salud mental y física de los individuos; las personas que tienen relaciones sociales sólidas tienen menor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, depresión y ansiedad (58).

Autoestima: Referido a las percepciones que las personas tienen de sí misma, y a su capacidad para valorar sus cualidades y logros. Una persona con una autoestima alta se siente bien consigo misma, tiene confianza en sus capacidades y es idóneo para enfrentar los retos que la vida presenta. Contrariamente las personas con autoestima baja se sienten mal consigo misma, tiene poca confianza en sus capacidades y es más propensa a que experimenten emociones negativas, como lo es la ansiedad (59).

Satisfacción con la vida: Referido a las evaluaciones globales que las personas hacen en su vida, y a su grado de felicidad. Esta dimensión viene a ser uno de los componentes más relevantes de la calidad de vida, pues se encuentra relacionado con varios puntos positivos de la salud física y mental, como una mayor longevidad, una menor incidencia de enfermedades crónicas y un mejor estado de ánimo. (60)

3.2.5. Bienestar

Se puede definir como un estado de satisfacción y felicidad que está caracterizado por la presencia de diversas emociones reales, la disminución de sentimientos negativos y la sensación que la vida tiene un propósito. (61)

3.2.5.1. Bienestar físico

El bienestar físico está vinculado con la salud, los hábitos y el estado físico (62).

Es un estado de salud y condición física permitiendo a los individuos tener una

vida productiva. Se caracteriza por un buen funcionamiento físico, una falta de enfermedades o lesiones y una impresión general de bienestar. (63)

El bienestar físico está influenciado por varios factores, como por ejemplo los factores internos, los cuales incluyen:

- Genética: La genética tiene un papel relevante para que se determine la salud física.
- Estilo de vida: Las rutinas de vida, como la dieta, el ejercicio, el dispendio de tabaco y bebidas alcohólicas, y estrés, pueden influir en el bienestar físico.
- Condiciones ambientales: Como es el caso de la contaminación y acceder a la salud, pueden influir en el bienestar físico. (64)

3.2.5.2. Bienestar material.

El bienestar material se relaciona con el ingreso económico y del uso de este, incluyendo la capacidad de satisfacer las necesidades básicas (62).

El bienestar material es un componente del bienestar general referido a la disponibilidad de recursos materiales y económicos. Se puede definir como las capacidades que tienen las persona para que satisfagan los requerimientos básicos, como la casa, la ingesta de alimentos, salud y la educación. (65)

El bienestar material suele influenciarse por los siguientes factores internos (65):

- Ingresos: Los ingresos son lo más relevante que influye en el bienestar material. Las personas con ingresos más altos suelen tener un mejor acceso a los recursos materiales.
- Educación: La educación facilita a los individuos a tener empleos más favorables, lo que resulta de un incremento de sus ingresos.
- Habilidades: Las habilidades pueden ayudar a los individuos a obtener puestos más destacados laboralmente y por consiguiente, a aumentar sus ingresos. (65)

3.2.5.3. Bienestar emocional

Es considerado como un estado anímico donde las personas son conscientes de sus aptitudes y habilidades que le son útiles para vincularse con otras personas, es así que tienen la capacidad para que afronten las presiones cotidianas además de poder socializar. El bienestar emocional se caracteriza por las siguientes características (66):

- Emociones positivas: Las personas que experimentan bienestar emocional suelen sentir emociones positivas con frecuencia, como alegría, felicidad, amor y satisfacción.
- Ausencia de emociones negativas: Las personas que experimentan bienestar emocional suelen experimentar emociones negativas con menor frecuencia, como tristeza, enojo, ansiedad y estrés.
- Sentido de propósito: Las personas que experimentan bienestar emocional suelen sentir que su vida tiene un propósito y que están contribuyendo al mundo. (66)

3.2.6. Dimensiones de calidad de vida y calificación

Los dominios por el cual se estructura la calidad de vida son: las capacidades funcionales, el estado general de la salud, salud mental, físico, aspectos sociales, dolor, vitalidad, aspectos emocionales, estas dimensiones se detallan a continuación (67):

- a. **Función física:** Esta dimensión permite medir el impacto a consecuencia del padecimiento de algunas condiciones o enfermedades en el físico de las personas afectadas, como el grado de motricidad al realizar una actividad que demande esfuerzo, le permite a los individuos que participen en actividades cotidianas, de recreación y social para que mantengan su independencia, es importante que las personas realicen ciertas actividades para mejorar sus

funciones físicas, es recomendable realizar actividades físicas de forma regular, mantener un peso saludable, consumir una dieta saludable, dejar de fumar y consumir bebidas alcohólicas. (67)

- Actividad física intensa: Estas actividades (más de 6 m) en adultos mayores pueden ser riesgosos para personas con ciertas condiciones de salud, incrementando la posibilidad de eventos cardíacos adversos, especialmente si no se cuenta con una buena condición física. (68)
- Actividad física moderada: Durante ejercicios de intensidad moderada, es posible hablar, aunque se presentará dificultad para mantener una conversación fluida. Caminar a paso rápido o bailar son ejemplos de este tipo de actividad física. (64)
- Capacidad de carga de peso: Se refiere a cualquier actividad de manejo o retención de una carga, que incluye acciones como elevar, instalar, empujar, tirar o mover la misma. (69)
- Capacidad de subir escaleras múltiples: La actividad física es esencial para la salud, incluso las actividades simples como usar las escaleras cuentan como ejercicio. Sin embargo, la incapacidad de una persona mayor para realizar movimientos básicos puede ser un indicativo de su dependencia en la realización de actividades cotidianas. (70)
- Capacidad de subir un piso: Mantener la movilidad y la independencia es esencial para que los adultos mayores puedan llevar a cabo actividades diarias, como subir escaleras, lo cual es un factor crucial en su calidad de vida. Esta capacidad les permite no solo realizar tareas cotidianas con mayor facilidad, sino también conservar su autonomía y bienestar. (71)
- Flexibilidad y movilidad de miembros inferiores: La flexibilidad, definida como la capacidad de las articulaciones para moverse plenamente en su rango natural, es una cualidad diferenciada por cada parte del cuerpo; está

influenciada por la estructura de las articulaciones y la elasticidad de los músculos y tejidos conectivos; esta propiedad es fundamental para realizar actividades que involucran flexionar, moverse y estirarse. (72)

- Resistencia para caminata prolongada: Los ejercicios de resistencia son clave para prevenir el deterioro neuromuscular relacionado con la edad; en tan solo 20 semanas, los adultos pueden mejorar significativamente su fuerza, resistencia y capacidad para caminar durante más tiempo. (73)
- Resistencia para caminata moderada: Se recomienda caminar con intensidad moderada de 3 a 7 veces a la semana durante 20 a 60 minutos para promover la salud cardiovascular y mantener un peso adecuado. (64)
- Capacidad de caminata corta: El ejercicio regular es fundamental para prevenir trastornos de la marcha en adultos mayores, y se convierte en una estrategia crucial de tratamiento cuando caminar no es posible. La falta de actividad física, junto con un estilo de vida sedentario, afecta negativamente la movilidad y la capacidad física en esta población. (74)
- Autonomía en actividades diarias: La aptitud física y la movilidad, estrechamente ligadas, son esenciales para que las personas realicen sus actividades diarias de forma segura e independiente. (75)

b. Función social: En esta dimensión se evalúa el impacto que tiene la problemática emocional en las interacciones sociales del individuo, dicha problemática se deriva del estado de salud que tenga este mismo, ya que puede condicionar sus habilidades sociales. La función social hace énfasis en las habilidades que tienen las personas para participar en actividades sociales y comunitarias, pues aquellas personas con relaciones sólidas con el resto se sienten parte de la comunidad y así pueden contribuir a la sociedad. (67)

- Efecto de la salud física en las actividades sociales habituales: Los factores personales y sociales determinan la frecuencia y calidad de la actividad

física en las poblaciones, impactando la posibilidad de ejercitarse de forma segura y disfrutable. (76)

- Dificultad en la participación de actividades sociales: La participación en actividades sociales durante la tercera edad es beneficiosa para la salud y el bienestar general, ya que no solo proporciona motivación para vivir con propósito, sino que también promueve comportamientos saludables preventivos y terapéuticos. (77)

- c. Salud mental:** permite una visión genérica de la salud mental tomando en consideración problemas que atañen a esta, como los episodios depresivos, ansiosos, maniacos, entre otros. Es importante hacer énfasis que los problemas mentales pueden afectar la calidad de vida de los individuos de diferentes maneras, pues afecta la forma en la que mantiene relaciones sociales, estudios, trabajo, además de incrementar el riesgo de los problemas físicos como enfermedades cardíacas y diabetes. (67)

La calificación que se hace a partir de este cuestionario está distribuida en cuatro grupos, donde se indica puntuaciones que se encuentren en el rango de 1-100, donde a mayor puntuación mayor es el grado de impacto; para el primer grupo se disponen 8 ítems, para el segundo 16 con opción a elegir verdadero o falso, las demás preguntas están dispuestas entre el tercer y cuarto grupo (67).

- Ansiedad: La ansiedad en la población de edad avanzada se manifiesta a través de una preocupación, temor o inquietud excesiva que excede los niveles típicamente esperados para su grupo etario. (78)
- Satisfacción y motivación: La satisfacción en el trabajo está influenciada por la alineación entre las aspiraciones de un individuo y lo que efectivamente recibe de su empleo. En términos generales, se puede afirmar que una

mayor discrepancia entre las metas buscadas y los frutos obtenidos se traduce en una disminución del grado de satisfacción laboral. (79)

- Calma y tranquilidad: La calidad de vida en los adultos mayores se centra en la calma y tranquilidad diaria por el apoyo de la familia, asegurando su dignidad y el derecho a decidir sobre su vida y bienes. (80)
- Desánimo y depresión: La depresión es una condición que implica una tristeza prolongada y puede presentarse sin una causa externa evidente. Este trastorno afecta gravemente la funcionalidad diaria de la persona, incluyendo alteraciones en el sueño, el apetito y la capacidad de concentración, así como dolencias físicas, disminuyendo significativamente su calidad de vida. (81)
- Percepción de la Felicidad: La felicidad en la tercera edad se incrementa al involucrarse en actividades sociales, físicas y mentales, así como disfrutar de periodos de descanso. Una familia amorosa y el apoyo mutuo entre sus miembros también contribuyen significativamente al bienestar emocional de los mayores, ya que la reciprocidad afectiva en la familia es esencial, especialmente durante los desafíos de la vida. (82)

d. Rol emocional: pone en conocimiento las consecuencias emocionales que son evidentes en el campo laboral, la disminución del tiempo, las competencias y el empeño puesto en las actividades dispuestas. Esta dimensión se relaciona con la salud, pues se refiere a la destreza de los individuos para que participen en actividades normales de la vida sin que sus emociones lleguen a interferir. Las personas que cuentan con un rol emocional tienen la capacidad de manejar sus emociones de forma efectiva. (67)

- Reducción del tiempo en actividades por problemas emocionales: La mayor parte de las personas experimenta una disminución en el interés por las actividades diarias, acompañada de fatiga o una sensación general de

lentitud. Además, se enfrentan a dificultades para concentrarse, alteraciones en los patrones de sueño y se ven afectados por sentimientos de culpa, inutilidad o falta de esperanza. (83)

- Reducción de actividades por problemas emocionales: Las personas con problemas emocionales suelen tener dificultades para regular sus emociones, lo que resulta en estados de ánimo prolongados y una menor predisposición a participar en actividades positivas. Esto subraya la necesidad de estrategias de manejo emocional para mejorar su bienestar. (84)
- Bajo desempeño por problemas emocionales: Los factores como la jubilación, la pérdida de roles sociales y la disminución física pueden mermar la autoestima de los adultos mayores, llevando a problemas de salud mental como depresión y ansiedad, y al aislamiento social. (85)

e. Rol físico: En esta dimensión se hace evidente las consecuencias de las afecciones de salud relacionado a lo cotidiano y actividades que se realizan, lo que puede ser evidente en dificultades recurrentes al realizar acciones del día a día, esto implica una baja en el rendimiento de la persona. De acuerdo a varios estudios los factores que tienden a afectar el rol físico incluyen la edad, salud, estilo de vida y el entorno. Asimismo, los individuos que presentan enfermedades crónicas, tienen un estilo de vida estático donde presentan mayores riesgos tener un rol físico deficiente. (67)

- Reducción del tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas por limitaciones físicas: En la tercera edad, es común la coexistencia de varios trastornos de salud que se afectan entre sí. La jubilación puede acarrear problemas psicológicos y sociales, mientras que las enfermedades crónicas pueden limitar la autonomía del individuo. (86)

- Inconformidad con capacidades: La capacidad funcional en los adultos mayores se refiere a su habilidad para realizar actividades diarias de forma independiente y sin fatiga, lo cual es crucial para prevenir caídas y evitar la dependencia de cuidados institucionales. Esta capacidad se ve afectada por limitaciones en las habilidades físicas, mentales y sociales. (87)
 - Interrupción de tareas: El sedentarismo y la falta de ejercicio son causantes de enfermedades y afectan la salud ósea y muscular, dificultando las actividades diarias. (88)
- f. Vitalidad:** Esta dimensión guarda relación con los sentimientos que dotan de energía y las cualidades que permiten gestionar el cansancio y una baja en el estado de ánimo de uno mismo. La vitalidad es considerada como un componente fundamental para mejorar la calidad de vida, donde se define como incremento de energía y vitalidad que tienen las personas. Cabe mencionar que las personas con esta característica suelen sentirse llenas de energía lo que les permite realizar sus actividades fácilmente. (67)
- Vitalidad percibida: La habilidad para posicionar estratégicamente las metas personales y alcanzarlas se vincula estrechamente con la motivación, un motor clave para la acción. Además, la vitalidad y la felicidad, altamente interrelacionadas, reflejan los estados positivos de una persona en diversas situaciones. (89)
 - Energía alta: La vitalidad se refiere a la energía y entusiasmo por la vida, evidenciada en la motivación y el dinamismo diario de una persona. Esta cualidad trasciende la edad y se manifiesta en la capacidad de alcanzar objetivos y realizar sueños con eficiencia y agilidad. (84)
 - Agotamiento percibido: Esta es una sensación de agotamiento extremo que imposibilita llevar a cabo hasta las tareas cotidianas, es decir, una falta de energía sostenida. (90)

- Cansancio percibido: Este se distingue por la ausencia de vigor o fuerza necesaria para llevar a cabo actividades. (85)

g. Dolor corporal: este aspecto evalúa de que forma el dolor afecta a las acciones y actividades habituales de las personas, debido a que el dolor puede ser una limitante en que hacer diario de un sujeto. Esta dimensión es un síntoma que tiende a afectar la calidad de vida, lo cual limita las habilidades individuales de los individuos para que realicen sus actividades cotidianas, cabe mencionar que este dolor corporal puede generar angustia emocional y social, reducir la actividad laboral e incrementar los costos de atención médica. (67)

- Dolor corporal: El dolor repercute más allá del individuo, afectando su entorno y la sociedad, con consecuencias como trastornos emocionales, problemas físicos, alteraciones del sueño, disminución de la funcionalidad y reducción de la interacción social y el ocio. (91)

- Dificultad laboral por dolor corporal: El dolor es el principal factor que contribuye a la discapacidad y al absentismo laboral, originándose principalmente en problemas musculares. Además, se posiciona como la segunda causa más común de incapacidad laboral en términos generales. (92)

h. Percepción de la salud: refiere las percepciones propias que tienen los individuos en relación a su salud, esto con una perspectiva al presente y las proyecciones o predicciones que se tiene en cuanto a aspectos de la salud. Una buena salud general es un componente importante de una calidad de vida buena. Las personas que gozan de buena salud suelen tener más energía, sentirse más felices y participar más en actividades que les gustan. Por otro lado, la calidad de vida tiende a afectar la salud general, pues los individuos que presentan

calidad de vida mala son propensos a padecer estrés, ansiedad, depresión, los cuales pueden conducir a presentar problemas de salud física, como enfermedades cardíacas, diabetes y depresión. (67)

- Susceptibilidad a enfermedades: Las personas de edad avanzada presentan una mayor vulnerabilidad a padecer enfermedades en comparación con los jóvenes, siendo las infecciones una de las causas más significativas de enfermedad y fallecimiento en este segmento poblacional. (93)
- Autoevaluación de salud comparativa: La autoevaluación es el acto valiente de autoexaminarse para evaluar el estado de salud propio, especialmente en los adultos mayores, permitiéndoles manejar su bienestar de manera informada y activa. (94)
- Preocupación por el empeoramiento de salud: Las preocupaciones sobre la salud de los adultos mayores tienden a intensificarse con la edad, reflejando las preocupaciones por el deterioro natural de la salud durante el envejecimiento. (95)
- Percepción de salud excelente: La percepción personal de la salud es más significativa durante el envejecimiento, ya que abarca tanto la experiencia subjetiva del individuo como su estado de salud física, más allá de lo que indica un examen médico. (96)

3.2.7. Adulto mayor

Los adultos mayores son titulares de derechos y gozan de protección constitucional especial, desempeñando un rol activo en la sociedad, con obligaciones y derechos hacia ellos mismos, sus familias y comunidades, así como hacia su entorno y las generaciones venideras. El proceso de envejecimiento varía significativamente entre individuos, influenciado por experiencias vitales, eventos significativos y las

transiciones enfrentadas a lo largo de sus vidas, lo que conlleva tanto desarrollo como declive. Comúnmente, se considera adulto mayor a quien ha alcanzado los 60 años de edad o más. (97)

Por consiguiente, es común que a este grupo poblacional se le denomine "adultos mayores", aunque hay quienes prefieren diferenciar las fases de la tercera edad de la forma siguiente:

- Senectud: De los 60 hasta los 70 años.
- Vejez: De los 70 a los 90 años.
- Grandes ancianos: Más de 90 años. (98)

Las etapas de la tercera edad se clasifican según el nivel de dependencia, lo cual es crucial para determinar el cuidado necesario; esta categorización permite una atención personalizada y eficaz para los adultos mayores, los cuales son (94):

- **Independencia:** Entre los 55 y 65 años, el ser humano experimenta cambios significativos que marcan el comienzo del envejecimiento. Estos incluyen la menopausia en mujeres, alteraciones físicas en ambos sexos y un aumento del insomnio. Estas transformaciones son indicativos naturales de la entrada a una nueva etapa de la vida. (94)
- **Interdependencia:** En el rango de edad de 65 a 80 años, las personas mantienen una independencia relativa, aunque con limitaciones físicas crecientes y dificultades en actividades diarias. Aparecen nuevos dolores y se requiere ayuda para ciertas tareas rutinarias, aunque no se necesita asistencia completa. (94)
- **Dependencia:** A medida que las personas envejecen, pueden mantener su independencia hasta avanzada edad. Sin embargo, a partir de los 80 años, suele ser necesario un cuidado más especializado y una atención más personalizada que en otras etapas de la vida. (99)

3.2.8. Norma técnica de salud para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores

3.2.8.1. Cuidado integral de la salud

Las acciones y medidas adoptadas a nivel personal, familiar y comunitario tienen como objetivo fomentar estilos de vida y comportamientos beneficiosos para la salud. Estas buscan conservar la salud, restablecerla tras una enfermedad, facilitar la rehabilitación y aliviar el dolor físico o psicológico, así como reforzar el apoyo familiar y social. Incluyen intervenciones sanitarias que promueven la prevención, recuperación y rehabilitación, centradas en el individuo, la familia y la comunidad dentro del Sistema de Salud, teniendo en cuenta las dimensiones biopsicosociales de las personas y aplicando perspectivas de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad. También abarcan acciones intersectoriales e intergubernamentales dirigidas a los Determinantes Sociales de la Salud, supervisadas por el Ministerio de Salud, que consideran el contexto socioeconómico, político y cultural, así como los determinantes estructurales e intermedios, incluyendo el Sistema de Salud, con el propósito de edificar una nación y sociedad con bienestar integral. (100)

3.2.8.2. Valoración Geriátrica Integral – VGI

El procedimiento que se describe es una evaluación integral y especializada, llevada a cabo por un médico geriatra. Esta evaluación es dinámica y estructurada, diseñada para identificar y medir los problemas, necesidades y habilidades de las personas mayores en áreas clínicas, funcionales, emocionales, cognitivas, sociales y espirituales. El objetivo es desarrollar estrategias de intervención interdisciplinarias para el tratamiento y seguimiento, buscando promover, mantener y restaurar la funcionalidad y el estado de salud, lo cual contribuye a una mejor calidad de vida. Además, se enfoca en la optimización de recursos y la prevención de riesgos, respetando la cultura de la población. Incluye evaluaciones funcionales,

mentales, nutricionales, de fragilidad, de movilidad, equilibrio y riesgo de caídas, sociofamiliares, dentales, así como la identificación de comorbilidades, una escala de expectativas de vida y terminalidad, un listado de síndromes y problemas geriátricos, y un plan para la discusión y estructuración del trabajo interdisciplinario. (100)

3.2.8.3. Cuidado integral del adulto mayor

La implicación de la familia y la comunidad es crucial en la promoción de la salud de las Personas Adultas Mayores (PAM). La familia constituye el núcleo primario de convivencia y protección, siendo una fuente vital de bienestar para las PAM. Un factor determinante para un envejecimiento activo y saludable es la participación social significativa, que se manifiesta principalmente en el entorno familiar. En este ámbito, las PAM ofrecen y reciben cuidados y apoyo, fomentando así relaciones intergeneracionales enriquecedoras. La integración y el empoderamiento de las PAM en la comunidad son esenciales para valorar positivamente su rol en la sociedad, reconociendo su valiosa contribución tanto en el pasado como en el presente. La sabiduría que aportan es un tesoro acumulado a lo largo de los años. (100)

3.2.8.4. Enfoques del cuidado integral de salud de la Pam

- **Enfoque de derechos:** El marco conceptual del desarrollo humano se fundamenta en una estructura normativa compuesta por leyes nacionales e internacionales, así como principios éticos que se aplican tanto a nivel individual como institucional. Este marco se manifiesta a través de políticas públicas implementadas por el gobierno, las cuales involucran la participación de entidades públicas y privadas. Su objetivo es fortalecer a los individuos como portadores de derechos, dotándolos de la capacidad para hacer valer y reclamar esos derechos. Se traduce en un conjunto de actitudes que

materializan el principio de igual dignidad para todas las personas y fomentan mejoras en las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos. (100)

- **Enfoque de género:** El enfoque reconoce que las relaciones entre hombres y mujeres están marcadas por desequilibrios, originados en diferencias de género, que son una causa fundamental de la violencia contra las mujeres. Esta perspectiva es crucial para guiar el desarrollo de estrategias de intervención en el ámbito de la salud, con el objetivo de alcanzar la igualdad de oportunidades para ambos géneros. (100)
- **Enfoque de interculturalidad:** Este enfoque involucra una colaboración integrada de acciones distintas, diseñadas para enfrentar la variedad cultural en el saber, comportamiento y métodos de atención médica. Esto ayuda a eliminar prejuicios y prácticas autoritarias que afectan negativamente las costumbres de los ancianos, fomentando así un cuidado de la salud inclusivo y respetuoso con las tradiciones. (100)
- **Enfoque de curso de vida:** El enfoque sugiere que la salud individual y comunitaria es el resultado de la interacción continua de factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida. Así, cada fase vital ejerce influencia sobre la subsiguiente. Estos factores incluyen aspectos ambientales, biológicos, de comportamiento, psicológicos y el acceso a servicios sanitarios, el cual ofrece una perspectiva integral de la salud y sus factores determinantes, promoviendo el desarrollo de servicios sanitarios que se enfoquen en satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de su existencia.

3.2.9. Programa Pensión 65

El "Programa Pensión 65" es una iniciativa del Estado que busca proporcionar un soporte económico a los ciudadanos peruanos mayores de 65 años en situación de vulnerabilidad. Este programa se estableció para asegurar que este grupo demográfico pueda satisfacer sus necesidades fundamentales de subsistencia. A

través de una asignación bimestral de 250 soles por individuo, el programa no solo ofrece una red de seguridad financiera, sino que también facilita el acceso a servicios adicionales proporcionados por el Estado, gracias a la colaboración con diferentes entidades. Así, "Pensión 65" representa un compromiso del gobierno para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, asegurando que reciban la atención necesaria para vivir con dignidad. (101)

En el contexto de esta iniciativa, es imperativo que el Programa ejecute la distribución de sus productos (tanto bienes como servicios) a los beneficiarios, cumpliendo con criterios de excelencia y efectividad; esto constituye un eje esencial de la administración y se alinea con la puesta en marcha del Gobierno Digital. La finalidad de este último es guiar, coordinar y promover las actividades del Programa en dirección a una administración orientada a resultados, estableciendo tácticas de gobierno digital que generen un impacto significativo en nuestros usuarios y usuarias. (101)

El objetivo principal del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65" es brindar protección a los ciudadanos mayores de 65 años que no cuentan con los recursos necesarios para su manutención. Esto se logra a través de una ayuda económica que les asegura un soporte vital y fomenta su inclusión en servicios. (101)

3.2.10. Cuestionario de Salud SF- 36 versión 2.0

Fue creado por Ware y Sherbourne en 1992 para el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS); este cuestionario está conformado por 36 ítems a manera de preguntas, a su vez estas se encuentran estructuradas donde permite el alcance de todas las dimensiones dispuestas para una buena medición. En un inicio este cuestionario estaba direccionado para el Medical Outcomes Study (MOS), el mismo que también es un cuestionario (67). El MOS sirvió como base

para la formulación de algunas de las preguntas del SF-36; sin embargo, el cuestionario MOS se aplica a los sujetos que padecen de afecciones de tipo crónico, a diferencia del SF-36 se compone de diecinueve ítems (102).

Con el tiempo se desarrollaron dos versiones de este cuestionario, la versión “estándar” con un tiempo de aplicación establecido de cuatro semanas y la versión “aguda” que se aplica en el lapso de una semana. Su diseño está adecuado para personas mayores de 14 años, su manejo es tan sencillo que es autoadministrado, aunque es factible que pueda ser vía telefónica o por consulta (67). Son varios los investigadores que indican que un aspecto positivo de este cuestionario es la reducción de ítems (67).

La utilización de este cuestionario se realizó tomando en cuenta la confiabilidad propia del cuestionario, pues el presente cuestionario al momento de ser traducido al español pasó por varias pruebas de confiabilidad al ser adecuadas en otras investigaciones, donde en la mayoría de los estudios llegó a superar el valor mínimo obtenido en el Alpha de Cronbach mayor a 0.9 respecto a las dimensiones dominios de rol físico, función física y rol emocional, los demás dominios (Dolor corporal, percepción de salud, salud mental, vitalidad) obtuvieron un alfa de Cronbach mayor a 0.7, exceptuando la función social, que obtuvo un puntaje mínimo de 0.75. Los puntajes del coeficiente de correlación intraclass fueron variables con valores de 0.78 en rol emocional hasta 0.99 en el rol físico (103).

3.2.11. Estado nutricional

Es el estado equilibrado entre los requerimientos y las energías gastadas que tiene una persona, además de considerar otros componentes nutricionales que derivan de la ingesta de alimentos variados, esta es dependiente de elementos y aspectos de la genética, la biología, físicos, la cultura, el medio económico y la realidad contextual de los hombres, de modo que la conjunción de estas influye en los

resultados finales del estado nutricional. Este resulta de las evaluaciones antropométricas, esta se usa para conocer el estado nutricional de las personas ya sea de un individuo o una comunidad, este estado está estrechamente vinculado al consumo de los alimentos y su debido provecho nutricional (104). Para que exista un buen estado nutricional, es fundamental que haya una buena alimentación especialmente en edades tempranas, ya que es en estos momentos donde los individuos empiezan a crecer y desarrollarse (105).

El estado nutricional se evalúa a partir de las circunstancias nutricionales del sujeto, así como el aprovechamiento alimenticio, el cuerpo humano está dispuesto fisiológicamente para conservar reservas que le permiten subsistir y amortizar lo perdido, entonces la evaluación del estado nutricional pretende una configuración cuantitativa de la ganancia y gasto nutricional en los cuerpos. (106)

Existe una correspondencia entre el estado nutricional y los niveles socioeconómicos de las personas, debido a que los sujetos con mayor poder adquisitivo tienen a mantener un modo de vida más saludable y con valor nutricional superior al de las personas con bajo nivel socioeconómico, porque en esta última prima la necesidad de alimentarse y pasa a segundo plano el requerimiento nutricional o los valores nutricionales de las comidas a las que pueden acceder (107).

Los problemas a consecuencia de una mala alimentación o la malnutrición pueden ser evidentes desde etapas tempranas del desarrollo, también se pueden reflejar en destinadas enfermedades o condiciones del metabolismo, esto a su vez disminuye la esperanza de vida en ciertos aspectos (108).

3.2.12. Medidas antropométricas

La antropometría es una disciplina que centra sus estudios en la medición de los cuerpos humanos, esto se hace con relación a los huesos, músculos y tejidos adiposos. Este estudio es importante en el campo de la salud, ya que en base a las medidas corporales de los individuos se puede determinar el estado nutricional de los mismos, esto puede hacerse desde dos enfoques, el clínico o epidemiológico, a fin de formular las medidas adecuadas. Así se lleva un control de la evolución nutricional de la persona y cómo evoluciona en los distintos puntos de su desarrollo (109).

Este es considerado un método, el mismo que es empleado con más frecuencia porque permite una revisión y diagnóstico de impacto menor, facilitando así los datos y la labor de los especialistas; las controversias acerca de los estándares establecidos para ello son muchas, ya que algunos referentes del tema enfatizan en considerar las características sociodemográficas, ya que no son las mismas para toda la humanidad, es importante resaltar que estas particularidades influyen en los estándares, ya que en el supuesto de una población oriunda del continente asiático en comparación a una originaria de Europa, incluso los medios naturales son diferentes, la genética es diferente; sin embargo, es posible un parámetro general en el marco de la salud, ya que las disposiciones socioculturales son amplias (110).

Analizar la distribución de componentes de los cuerpos es imprescindible para la evaluación del estado nutricional de los sujetos y el conjunto de ellas, esto se traduce en la división parcial de la masa total de los cuerpos de acuerdo a como está compuesto, por medio de este método es posible determinar cada componente y las variaciones que sufre conforme las diversas etapas en las que se desarrolla el individuo, los estilos de vida, las enfermedades o condiciones médicas que puedan padecer (111).

- a) **Peso:** Es la medida que se respalda en la medida de las dimensiones corporales y demuestra el tamaño o estatura de las personas, la misma que se obtiene mediante un procedimiento estandarizado, en el cual se emplea la balanza como instrumento y sufre variaciones dependiendo del grupo de edad al que pertenezca el individuo.
- b) **Talla:** Es la medida de la altura de una persona, es decir la estatura, es un indicador del crecimiento, de la misma forma que el peso se relaciona a factores externos e internos de los individuos (111).

3.2.13. Dimensiones del estado nutricional

- a) **Delgadez:** es un parámetro de la clasificación del estado nutricional de los individuos, se distingue por su peso corporal insuficiente en función a la talla, un referente para emplear la denominación es una masa corporal menor a 18,5 (112).
- b) **Normal:** Es el estadio promedio y saludable en el que hay un peso normal de acuerdo a los estándares establecidos (112).
- c) **Obesidad:** la obesidad es un estado nutricional anormal, que se caracteriza por el exceso de peso; es considerada una condición médica que depende de varios factores, estudios afirman que una de las causas puede ser de origen genético en un 20% y las causas medioambientales constituyen un 70% (113).

3.2.14. Índice de masa corporal (IMC)

El IMC es el resultante de una operación divisoria entre peso y talla, esta última potenciada cuadráticamente, la fórmula para calcularla se presenta a continuación, $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$ (114). A nivel individual, este indicador es el resultante

del IMC de un sujeto en comparación a lo estandarizado de acuerdo al grupo etario al que es perteneciente (112).

- a. **IMC: ≤ 23 (Delgadez)** es un estadio caracterizado por la escasez de masa en el cuerpo relacionada a la talla, esta denominación es usada en el caso de un IMC menor a 18,5 (114).
- b. **IMC: > 23 pero < 25 (Normal)**: Es la clasificación del estado nutrición, que se caracteriza por oscilar entre 18.5 a 24.9 (115).
- c. **IMC: ≥ 25 pero < 30 (Sobrepeso)**: Este estado ocurre en el caso del alza con relación al peso y talla; los sujetos con un IMC $< o = a 25, >30$ son valorados bajo este parámetro (114).
- d. **IMC: ≥ 30 (Obesidad)**: Este rango se aplica a los sujetos cuyo IMC es $< o = a 30$ (112).

3.3. Definición de términos

- a. **Antropometría**: La antropometría se refiere a la medición de los cuerpos, es un campo de estudio en materia de salud, la cual dimensiona las proporciones de los cuerpos, las mismas que pueden ser de acuerdo a la estructura o función corporal (116).
- b. **Calidad de vida**: La calidad de vida guarda una conexión directa con el estado de bienestar de la persona, por lo cual intervienen elementos físicos, mentales, psicológicos y sociales, donde se considera también el estado de salud de la persona (117).
- c. **Calidad de vida respecto a la salud**: La calidad de vida respecto a la salud hace referencia a la salud, es decir cómo una enfermedad o condición afecta a la calidad de vida de los individuos con dichos padecimientos (118).

- d. Cuestionario de Salud SF-36:** Es un cuestionario que presenta 36 preguntas, las cuales dan a conocer el estado del funcionamiento y bienestar, dispuestas a través de 8 elementos, tales elementos se encuentran relacionados a la función física, dolores corporales, roles físicos, salud en general, roles emocionales, funciones sociales, salud mental, además cuenta con varias versiones de este (119).
- e. Estado nutricional:** Es la condición que demuestra el estado de los organismos y se relaciona con los requerimientos que el individuo tiene en lo que respecta al componente nutricional (120).
- f. Índice de masa corporal (IMC):** Se obtiene a partir de la medición de la talla y peso corporales que se obtiene a partir de la división entre la medida de la masa y la medida longitudinal de los individuos en centímetros cuadrados, además es de impacto en la salud y la funcionalidad de sus organismos (121).
- g. Talla:** La talla se determina a partir de factores como la edad, sexo, etnia, además de estar predispuesta por el componente genético, donde influyen también los componentes contextuales (122).
- h. Peso:** Hace referencia a la altura de los sujetos que se obtiene por medio del tallímetro, el peso es un aspecto que influye en la vida y desarrollo de los sujetos conforme su edad, alimentación y elementos afines (123).
- i. Salud:** La salud está vinculada a los estados de bienestar en cuanto a los aspectos físicos, mentales y sociales, sin enfocarse únicamente en la ausencia de las patologías, se relaciona con aspectos de la subjetividad humana, constituye un derecho de las personas (124).

IV. Metodología

4.1. Tipo y nivel de investigación

Es un estudio básico, donde se abarcó en base a los conceptos teóricos referidos acerca de las variables. A su vez es una investigación transeccional, fundamental y no aplicada; dado que la información será recolectada en un solo momento en el tiempo (125).

El estudio fue correlacional, ya que se dispone a establecer la correspondencia existente entre ambas variables de investigación, esta clase de estudio se hace para adquirir conocimiento al cuantificar, la correspondencia entre más de dos variables (126).

Es no experimental, debido a que no se manipuló ninguna de las variables del estudio, este tipo de investigación no pretende intervención alguna, al contrario, se procede a la observación del fenómeno en su estadio natural (127).

4.2. Ámbito temporal y espacial

4.2.1. Ámbito temporal

La investigación se realizó en el mes de julio de 2023.

4.2.2. Ámbito espacial

La investigación se realizó en el distrito de Chinchero, Urubamba-Cusco, 2023.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población fue de 100 beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero - Urubamba 2023. Para determinar la población, se consideraron los siguientes criterios:

a) Criterios de inclusión:

- Las personas beneficiarias del Programa Pensión 65 que residen en el distrito de Chinchero.

b) Criterios de exclusión:

- Las personas beneficiarias del Programa Pensión 65 que no se encuentren radicando en el área de estudio.
- Los beneficiarios del programa pensión 65 que ya fallecieron.

4.3.2. Muestra

La muestra fue censal es decir se consideró a todos los individuos que se encuentra en la población, las muestras censales se encargan de recopilar datos de todos los miembros de la población. En ese sentido la muestra estuvo conformada por 100 beneficiarios del Programa Pensión 65 del ámbito de estudio.

Se aplicó el muestreo censal para poder constatar en la recopilación de datos de todos los miembros de la población. Trata de un muestreo no probabilístico, lo que significa que toda la población en estudio es considerada como el tamaño de muestra (131).

4.4. Instrumentos

4.4.1. Técnica

4.4.1.1. Variable Calidad de vida

➤ La encuesta

La encuesta es una técnica de la investigación que mantiene un enfoque relacionado a varias disciplinas, es un método basado en la observación que se caracteriza por la formulación de preguntas referidas al tema a estudiar a partir de la problemática, es una técnica ideal de emplear en muestras amplias (132).

Esta técnica tiene una particularidad muy importante, su adaptación es posible para la mayoría de las poblaciones, entonces es ideal para investigaciones donde la población y la muestra cuenta con diversas características; además permite que el estudio demuestre ciertos elementos que dependen de percepciones individuales de los sujetos referidos, la dinámica de su implementación es sencilla y en un periodo corto de tiempo (133).

4.4.1.2. Variable estado nutricional

➤ Escala de valoración nutricional

Esta escala se hace a fin de estandarizar los valores nutricionales de los sujetos, tiene una metodología propia, la que dispone los procedimientos adecuados para la obtención del resultado, generalmente se emplea una fórmula:

Índice de masa corporal (**IMC**) = peso (kg)/ estatura (m²)

Para ello es importante el registro adecuado del peso y la talla, ya que, a partir de estos se determinará el IMC, entre los parámetros se tiene bajo (menor a 18.5), se establece una escala normal cuando los valores resultantes se encuentran entre 18.5 y 24.9, en el caso de encontrarse entre los 25.0 a 29.9 se califica como

sobrepeso, y de producirse un valor mayor o igual a los 30.0 se considera obesidad (134).

4.4.2. Instrumento

4.4.2.1. Variable calidad de vida

➤ El cuestionario

El cuestionario como instrumento, es un medio que se encuentra dispuesto por medio de parámetros para recopilar la data necesaria para efectos del estudio (135).

El cuestionario de salud SF-36 versión 1 se conforma por 36 preguntas que incluyen la medición y valoración de los estados positivos y negativos de la salud a través del estudio de factores como: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental y además de ello el cuestionario incluye un ítem que evalúa el estado de salud respecto al año previo de la medición y respecto a la puntuación de escalas, estas se encuentran ordenadas para que la mayor puntuación indique un mejor estado de salud, de acuerdo a la siguiente descripción:

- **Función física (10 ítems):** Puntuación 0 “Muy limitado para llevar a cabo actividades físicas”, puntuación 100 “Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas sin ninguna limitación”.
- **Rol físico (4 ítems):** Puntuación 0 “Problemas con el trabajo o actividades cotidianas debido a la salud física”, puntuación 100 “Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a la salud física”.
- **Dolor corporal (2 ítems):** Puntuación 0 “Dolor muy intenso”, puntuación 100 “Ningún dolor ni limitación”.

- **Salud general (5 ítems):** Puntuación 0: “Considera como mala la propia salud y cree posible que empeore”, puntuación 100 “Considera la propia salud como excelente”
- **Vitalidad (4 ítems):** Puntuación 0 “Siente cansancio y esta exhausto todo el tiempo”, puntuación 100 “Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.”
- **Función social (2 ítems):** Puntuación 0 “Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales”, puntuación 100 “Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales”.
- **Rol emocional (3 ítems):** Puntuación 0 “Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales”, puntuación 100 “Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.”
- **Salud mental (5 ítems):** Puntuación 0 “Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo”, puntuación 100 “Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.”
- **Ítem de transición de salud (1 ítem):** Puntuación 0 “Cree que su salud es mucho peor que hace 1 año”, puntuación 100 “Cree que su salud es mucho mejor que hace 1 año”.

Diversos autores hicieron uso del cuestionario original debido a la alta fiabilidad que presentaba (alfa de Cronbach > 0.90), además este instrumento presentaba sensibilidad al cambio mínimo, por lo que años más adelante de su uso a partir de 1996 se plantearon nuevos modelos entre ellos las versiones reducidas SF-12, SF-8 y SF-6 diseñados exclusivamente para estudios en determinados contextos; específicamente la versión 2, del cuestionario SF-36 incluyó mejoras en las escalas del rol emocional y el rol físico, además se incluyeron instrucciones y

enunciados más sencillos, mejoras en la presentación de los ítems y opciones de respuesta. (103)

El cuestionario que se aplicó fue el Cuestionario de Salud SF-36 versión 2, elaborado por el Instituto Municipal de Investigación Médica y adaptada por J. Alonso y Cols, el cual tiene 11 ítems que siguen un orden secuencial de preguntas, el cual permite el conocimiento puntual y conciso de los datos requeridos, para esta investigación se aplicó dicho instrumento para la medición de calidad de vida y para la evaluación de los resultados se tomó como referencia al Manual de Puntuación del Cuestionario de Salud SF-36 versión 2 de España elaborado en 1996 (136).

4.4.2.2. Variable estado nutricional

➤ Ficha de valoración nutricional

Este es el instrumento que se aplicó por las investigadoras a los beneficiarios del Programa Pensión 65, de acuerdo a lo establecido por la guía técnica para la valoración antropométrica dispuesta por el MINSA, ya que se ajusta a los requerimientos para la presente investigación. Para ello se deben recolectar la información del peso y la talla de dichos beneficiarios, donde se utilizará la balanza y el tallímetro (112).

4.4.3. Validez y confiabilidad

La validez de un instrumento hace una verificación a cerca de los contenidos, en el sentido de su funcionalidad objetiva, es decir si estos realmente son ideales para efectuar la cuantificación en tanto a los objetivos de la investigación, donde el contenido debe ser suficiente y adecuado a la población a la que este destinado (137).

La confiabilidad se emplea para establecer la validez de los instrumentos, donde se evalúa hasta qué punto la respuesta del instrumento es independiente del evaluador, esta confiabilidad se obtiene mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, este último determina la asociación de las preguntas que conforman el cuestionario (137).

Cabe resaltar que el cuestionario de Salud SF-36 para la calidad de vida y adaptada por J. Alonso y Cols (136) es un instrumento que posee un Alpha de Cronbach que oscila de 0.74 a 0.93; en tanto que se considera un instrumento fiable para su aplicación.

4.5. Procesamientos

La recolección de la información se realizó mediante un cuestionario (validada), Para el registro de los datos obtenidos en la investigación, se optó por el uso de herramientas informáticas especializadas. En particular, se empleó el software SPSS, versión 21, junto con Excel, versión 10. Los programas facilitaron el manejo y análisis de la base de datos y las variables obtenidas.

4.6. Análisis de datos

Se llevó a cabo la tabulación de los datos y se generaron tablas que reflejaban las frecuencias y proporciones de las variables estudiadas. Esta etapa de análisis permitió realizar una interpretación detallada y un análisis descriptivo de las variables, así como de sus dimensiones asociadas. Además de la tabulación, se empleó la prueba estadística de Chi cuadrado para comprobar las hipótesis planteadas.

4.7. Consideraciones éticas

a. Consentimiento informado

El consentimiento informado para esta investigación tuvo la autorización de los beneficiarios del Programa Pensión 65, contó con la firma de estos mismos. Para que

el consentimiento informado sea correcto debe reunir una serie de características con el fin de brindar información clara y concisa (138).

b. Valor

El valor está dispuesto en relación a la ampliación de saberes a efecto de la investigación, ya que se genera nuevos conocimientos mediante los resultados (139).

c. Validez científica

Este estudio es válido debido a que su desarrollo está enmarcado conforme a las disposiciones protocolares de investigación, de ello se da la demostración de la honestidad de los estudiosos en el tema (139).

d. Justa selección de los sujetos

Los beneficiarios que se encuestarán fueron seleccionados bajo los parámetros de imparcialidad, equidad y ecuanimidad sin dejar vacíos (139).

e. Respeto hacia los participantes

Se garantizó el respeto a la dignidad de los beneficiarios del Programa Pensión 65, sus datos personales serán confidenciales y se mantuvieron anónimos (139).

f. Libre decisión para abandonar la investigación

Los participantes tienen la libertad de decisión para dejar el estudio, sin consecuencia o repercusión alguna (139).

V. Resultados y discusión

5.1. Resultados

5.1.1. Análisis descriptivo de generalidades

Tabla 1 Sexo de los beneficiarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	32	32,0	32,0	32,0
	Femenino	68	68,0	68,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En la tabla 1, se observa que el 68% de beneficiarios corresponden al sexo femenino, mientras que el 32% son del sexo masculino; esto se atribuye que se encuentra en mayor proporción en sexo femenino de adultos mayores en el distrito de Chinchero.

Tabla 2 Edad de beneficiarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65 a 68 años	14	14,0	14,0	14,0
	69 a 73 años	21	21,0	21,0	35,0
	74 a 78 años	35	35,0	35,0	70,0
	79 a 84 años	20	20,0	20,0	90,0
	85 a 90 años	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En la tabla 2 se observa que, en el rango etario de los participantes, la mayor de las edades oscila entre 74 a 78 años con 35%, mientras que la menor es se encuentra entre 85 a 90 años con 10%. Este hallazgo indica que un número significativo de

participantes tiene estas edades específicas, lo que podría tener implicaciones importantes en su estado nutricional.

5.1.2. Análisis de las dimensiones

5.1.2.1. Calidad de vida

Tabla 3 Calidad de Vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala	59	59,0	59,0	59,0
	Regular	31	31,0	31,0	90,0
	Buena	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En la tabla 3 referente a los niveles de calidad de vida, muestra que el 59% de los beneficiarios del programa de pensión 65 presentan una mala calidad de vida, asimismo el 31% presento una regular calidad de vida, mientras que el 10% presento una buena calidad de vida; esta alta proporción sugiere que una mayoría sustancial de los beneficiarios puede estar experimentando dificultades en varios aspectos de su vida, como salud, relaciones sociales, economía y bienestar emocional.

Tabla 4 Percepción de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente falsa	23	23,0	23,0	23,0
	Bastante falsa	26	26,0	26,0	49,0
	No lo sé	38	38,0	38,0	87,0
	Bastante cierta	7	7,0	7,0	94,0
	Totalmente cierta	6	6,0	6,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

En la tabla 4, se observa que los beneficiarios se refirieron que es no saben si su salud es buena representado por el 38%, así también el 23% refirió que es totalmente falso que su salud es buena, mientras que el 26% de los beneficiarios

consideran que es bastante falsa, y el 6% menciona que es totalmente cierta que su salud sea buena; por lo que podemos inferir que desde la percepción del beneficiario mayoritariamente no es bastante cierto que su salud sea buena.

Tabla 5 Función Física

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si, me limita mucho	21	21,0	21,0	21,0
	Si, me limita un poco	66	66,0	66,0	87,0
	No, no me limita nada	13	13,0	13,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

En la tabla 5 se observa que la función física de los beneficiarios, al 66 % de los beneficiarios tiene poca limitación física, mientras que el 21% refiere una que su limitación física es mucha, aunque el 13% de los beneficiarios indican que no se les limita nada en lo que a su función física respecta; lo que sugiere que la mayoría de los individuos en la muestra experimentan una restricción mínima en su capacidad física.

Tabla 6 Rol Físico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	30	30,0	30,0	30,0
	No	70	70,0	70,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

La tabla 6 correspondiente al rol físico de los beneficiarios, en el que se muestra que un 70% de estos indica no haber tenido ningún problema al desempeñar el rol físico durante el último mes, mientras que el 30% de los beneficiarios si tuvieron problemas en el rol físico presentando dificultades para el desarrollo de sus actividades físicas cotidianas.

Tabla 7 Rol Emocional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	47	47,0	47,0	47,0
	No	53	53,0	53,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

La tabla 7 muestra el rol funcional de los beneficiarios, donde el 53% de estos afirmaron no presentar problema emocional alguno en los últimos 30 días, mientras que el 47% de los beneficiarios refieren que han presentado problemas emocionales durante el último mes; esto sugiere que más de la mitad de los beneficiarios informan un estado emocional positivo o estable durante ese período de tiempo.

Tabla 8 Dolor Corporal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No, ninguno	7	7,0	7,0	7,0
	Si, muy poco	9	9,0	9,0	16,0
	Si, un poco	32	32,0	32,0	48,0
	Si, moderado	45	45,0	45,0	93,0
	Si, mucho	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En la tabla 8, se observa que los beneficiarios que han tenido muchos dolores corporales durante el último mes estuvieron representados por el 7%, el 45% estuvo afecto de forma moderada, el 32% tuvo un poco de dolores corporales, así también el 9% tuvo muy pocos dolores corporales y el 7% no presento ningún dolor corporal. De acuerdo a lo descrito se puede inferir que la mayoría de los beneficiarios estuvieron comprometidos de alguna forma con dolores corporales afectando de forma negativa a su salud.

Tabla 9 Salud Mental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	7,0	7,0	7,0
	Solo alguna vez	13	13,0	13,0	20,0
	Algunas veces	34	34,0	34,0	54,0
	Casi siempre	30	30,0	30,0	84,0
	Siempre	16	16,0	16,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

En la tabla 9, se observa que el 34% de los beneficiarios refiere que algunas veces ha presentado problemas mentales durante el último mes. Así también, el 30% afirmó que casi siempre presentó dicho problema. El 16% de beneficiarios afirmó que siempre fue afectado por problemas mentales, el 13% alguna vez, mientras que el 7% nunca se ha comprometido negativamente con la salud mental.

Tabla 10 Vitalidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	14	14,0	14,0	14,0
	Solo alguna vez	38	38,0	38,0	52,0
	Algunas veces	37	37,0	37,0	89,0
	Casi siempre	11	11,0	11,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

En la tabla 10, se observa que los beneficiarios refirieron que solo alguna vez tuvieron problemas en cuanto a vitalidad representado por el 37%. En tanto, el 38% algunas veces, el 11% casi siempre, mientras que el 14% de los beneficiarios nunca tuvieron problemas, donde podemos inferir que se ha visto comprometido negativamente la vitalidad de los beneficiarios; esto sugiere que una parte considerable de la muestra ha enfrentado desafíos intermitentes en términos de energía y vitalidad durante ese periodo.

Tabla 11 Función Social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	14	14,0	14,0	14,0
	Un poco	9	9,0	9,0	23,0
	Regular	30	30,0	30,0	53,0
	Bastante	47	47,0	47,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

En la tabla 11, se observa que los evaluados alegaron que regularmente las actividades sociales se vieron afectadas representada por el 47%; el 30% de los beneficiarios respondieron que se encuentran regularmente afectadas, el 9% un poco afectadas y el 14% afirma que no se encuentra afectada al momento de realizar actividades sociales.

5.1.2.2. Estado Nutricional

Tabla 12 Estado nutricional de beneficiarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Delgadez (≤ 23)	79	79,0	79,0	79,0
	Normal (>23 <28)	11	11,0	11,0	90,0
	Sobrepeso (≥ 28 <32)	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En la tabla 12, se observa el IMC de los beneficiarios, donde es evidente que el 79% presenta delgadez, el 11% de los beneficiarios se encuentran con un IMC normal, mientras que el 10% demuestra sobrepeso. Estos porcentajes muestran que la mayoría de los beneficiarios se encuentra con problemas de delgadez, los casos de sobre peso son menores; sin embargo, esto demuestra que los beneficiarios presentan dificultades nutricionales.

Tabla 13 Peso de los beneficiarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	41 a 48 kg	15	15,0	15,0	15,0
	49 a 56 kg	48	48,0	48,0	63,0
	57 a 64 kg	20	20,0	20,0	83,0
	65 a 73 kg	13	13,0	13,0	96,0
	74 a 82 kg	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

La tabla 13 muestra el peso de los beneficiarios, en la cual se observa que el peso más frecuente de los beneficiarios oscila entre 49 a 56 kg con 48%, mientras que en el peso mínimo predomina el peso entre 74 a 82 Kg con 4%, esto sugiere que estos valores específicos son comunes entre los beneficiarios y pueden ser puntos focales importantes para su estado nutricional.

Tabla 14 Talla de los beneficiarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.40 a 1.45 m	27	27,0	27,0	27,0
	1.47 a 1.52 m	34	34,0	34,0	61,0
	1.53 a 1.58 m	5	5,0	5,0	66,0
	1.59 a 1.64 m	23	23,0	23,0	89,0
	1.65 a 1.70 m	11	11,0	11,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

La tabla 14 muestra la talla de los beneficiarios, en la que se puede observar que la talla superior de los beneficiarios oscila entre 1.47 a 1.52 m con 34%, mientras que la talla mínima se encontró en un rango de 1.53 a 1.58 m con 5%. Esto sugiere una concentración significativa de individuos en estas tallas menores al tamaño estándar.

5.2. Prueba de hipótesis

De la hipótesis general

Existe relación ente la calidad de vida y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Tabla 15 Correlación entre Calidad de vida y Estado nutricional

		Calidad de vida			Total	
			Mala	Regular	Buena	
Estado nutricional	Delgadez (≤ 23)	Recuento	52	25	2	79
		% del total	52,0%	25,0%	2,0%	79,0%
	Normal ($>23 < 28$)	Recuento	1	2	8	11
		% del total	1,0%	2,0%	8,0%	11,0%
	Sobrepeso ($\geq 28 < 32$)	Recuento	6	4	0	10
		% del total	6,0%	4,0%	0,0%	10,0%
	Total	Recuento	59	31	10	100
		% del total	59,0%	31,0%	10,0%	100,0%

Respecto a la tabla 15, se observa que el 52% de los beneficiarios tienen mala calidad de vida y presentan un estado de nutrición de delgadez, aunque el 2% de este grupo presenta una calidad de vida regular; el 8% tiene un estado nutricional normal y tiene una buena calidad de vida, pero el 1% tiene una mala calidad de vida; el 6% tiene sobrepeso y tiene una mala calidad de vida, mientras que el 4% tiene una calidad de vida regular.

Tabla 16 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Calidad de vida y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,812 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	35,028	4	,000
Asociación lineal por lineal	5,520	1	,019
N de casos válidos	100		

Se puede observar en la tabla anterior, que el valor de chi cuadrado es de 54,812 y una significancia de 0.00, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, en ese sentido se indica que existe relación las variables calidad de vida y estado nutricional de beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

De las hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Existe relación entre la dimensión percepción de salud y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Tabla 17 Correlación entre Percepción de Salud y Estado nutricional

			Salud general				Total	
			Totalmente falsa	Bastante falsa	No lo sé	Bastante cierta	Totalmente cierta	
Estado nutricional	Delgadez	Recuento	21	22	32	2	2	79
	(≤ 23)	% del total	21,0%	22,0%	32,0%	2,0%	2,0%	79,0%
	Normal	Recuento	1	2	1	4	3	11
	(>23 <28)	% del total	1,0%	2,0%	1,0%	4,0%	3,0%	11,0%
Sobrepeso	Recuento	1	2	5	1	1	10	
	(>28 <32)	% del total	1,0%	2,0%	5,0%	1,0%	1,0%	10,0%
Total		Recuento	23	26	38	7	6	100
		% del total	23,0%	26,0%	38,0%	7,0%	6,0%	100,0%

En la tabla 17, se observa que el 21% de los beneficiarios que tiene un estado nutricional delgado menciona que es totalmente falso que tiene una buena salud, asimismo, lo indica el 1% que tiene condición normal y sobrepeso; el 22% que tiene delgadez refiere que es bastante falso que tiene una buena salud, de igual manera ocurre en el 2% que tiene sobrepeso; el 32% que tiene delgadez refiere que no sabe sobre el estado de su salud, de igual forma, lo indica el 1% que tiene condición normal; el 4% que tiene condición normal considera bastante cierta su estado de salud, así también lo indica el 1% que tiene sobrepeso; por último, el 3% que tiene condición normal refiere que es bastante cierta su estado de salud y el 1% que tiene sobrepeso considera lo mismo.

Tabla 18 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Percepción de Salud y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,608 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	23,551	8	,003
Asociación lineal por lineal	8,257	1	,004
N de casos válidos	100		

Se muestra en la tabla 18, en cuanto a la salud general y estado nutricional, se observa una significación de 0.00, donde se puede indicar también un valor Pearson de 31,608 y una significancia que es menor al 5%, por lo cual, aceptamos la hipótesis planteada en el presente estudio, en ese sentido inferimos que existe relación entre la dimensión salud general y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Hipótesis específica 2

“Existe relación entre la dimensión función física y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Tabla 19 Correlación entre Función física y Estado nutricional

			Función física			Total
			Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada	
Estado nutricional	Delgadez (≤ 23)	Recuento	12	63	4	79
		% del total	12,0%	63,0%	4,0%	79,0%
	Normal ($>23 <28$)	Recuento	1	2	8	11
		% del total	1,0%	2,0%	8,0%	11,0%
	Sobrepeso ($\geq 28 <32$)	Recuento	8	1	1	10
		% del total	8,0%	1,0%	1,0%	10,0%
Total		Recuento	21	66	13	100
		% del total	21,0%	66,0%	13,0%	100,0%

En la tabla 19, se observa que al 12% de los beneficiarios tienen un estado de nutrición delgado y tienen muchas limitaciones físicas, de igual manera en el 1% que tiene sobrepeso; el 63% que tienen delgadez refiere que le limita poco, solo el 1% que tiene una condición normal tiene pocas limitaciones; el 8% que tiene sobrepeso no tiene ninguna limitación, solo el 1% que tiene una condición normal indica que no tiene limitaciones.

Tabla 20 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Función física y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,496 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	46,341	4	,000
Asociación lineal por lineal	1,465	1	,226
N de casos válidos	100		

Como se observa en la tabla 20, donde se trabajó en base a una significancia del 5%, por lo que el valor de Pearson es de 63,496 y una significación de 0.00, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, en ese sentido se indica que una existencia en cuanto a la relación entre la dimensión función física y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Hipótesis específica 3

Existe relación entre la dimensión rol físico y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Tabla 21 Correlación entre Rol físico y Estado nutricional

		Rol físico		Total	
		Si	No		
Estado nutricional	Delgadez (≤ 23)	Recuento	13	66	79
		% del total	13,0%	66,0%	79,0%
	Normal ($>23 <28$)	Recuento	9	2	11
		% del total	9,0%	2,0%	11,0%
	Sobrepeso ($\geq 28 <32$)	Recuento	8	2	10
		% del total	8,0%	2,0%	10,0%
Total	Recuento	30	70	100	
	% del total	30,0%	70,0%	100,0%	

En la tabla 21, se observa que el 66% de los beneficiarios que tienen estado nutricional delgado mencionan que el rol físico no afecta sus actividades y quehaceres, pero el 13% de la misma condición refiere que sí; el 9% que tiene condición normal menciona que si le afecta y solo el 2% de dicha condición refiere que no; el 8% que tiene sobrepeso si percibe que le afecta y el 2% considera que no.

Tabla 22 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Rol físico y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,871 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	31,084	2	,000
Asociación lineal por lineal	28,075	1	,000
N de casos válidos	100		

Se observa en la tabla 22 referido a la dimensión rol físico y estado nutricional donde se establece un nivel de significación del 5%, es así que se tiene un valor de chi cuadrado de 32,871 y una significación asintótica bilateral menor a 0,05 (sig.=0.000); donde se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo tanto, existe relación entre la dimensión rol físico y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Hipótesis específica 4

“Existe relación entre la dimensión rol emocional y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.”

Tabla 23 Correlación entre Rol emocional y Estado nutricional

			Rol emocional		Total
			Si	No	
Estado nutricional	Delgadez (≤ 23)	Recuento	26	53	79
		% del total	26,0%	53,0%	79,0%
	Normal ($>23 <28$)	Recuento	11	0	11
		% del total	11,0%	0,0%	11,0%
	Sobrepeso ($\geq 28 <32$)	Recuento	10	0	10
		% del total	10,0%	0,0%	10,0%
Total	Recuento	47	53	100	
	% del total	47,0%	53,0%	100,0%	

En la tabla 23, se observa que el 53% de los beneficiarios que tiene un estado de nutrición delgado menciona que el rol emocional no obstruye su trabajo y demás quehaceres, asimismo, el 26% que tiene delgadez considera que si entorpece su trabajo; el 11% tiene una condición normal, pero si percibe que su estado emocional obstruye su trabajo; por último, también el 10% que tiene sobrepeso considera que su estado emocional obstruye realizar su trabajo de forma adecuada.

Tabla 24 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Rol emocional y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,976 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	38,168	2	,000
Asociación lineal por lineal	25,920	1	,000
N de casos válidos	100		

Se observa en la tabla 24 referido a la dimensión rol emocional y estado nutricional, una significancia de 0.00 y se tiene un valor de Pearson de 29,976; esto indica que se acepta la hipótesis planteada en el estudio, en ese sentido existe relación entre la dimensión rol emocional y el estado nutricional de beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Hipótesis específica 5

Existe relación entre la dimensión dolor corporal y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Tabla 25 Correlación entre Dolor corporal y Estado nutricional

			Dolor corporal					Total
			No, ninguno	Si, muy poco	Si, un poco	Si, moderado	Si, mucho	
Estado nutricional	Delgadez (≤ 23)	Recuento	2	6	28	39	4	79
		% del total	2,0%	6,0%	28,0%	39,0%	4,0%	79,0%
	Normal ($>23 <28$)	Recuento	4	2	2	2	1	11
		% del total	4,0%	2,0%	2,0%	2,0%	1,0%	11,0%
	Sobrepeso ($\geq 28 <32$)	Recuento	1	1	2	4	2	10
		% del total	1,0%	1,0%	2,0%	4,0%	2,0%	10,0%
Total	Recuento	7	9	32	45	7	100	
	% del total	7,0%	9,0%	32,0%	45,0%	7,0%	100,0%	

En la tabla 25, se observa que el 4% de los beneficiarios que tiene un estado nutricional normal menciona que nunca se ha visto afectado por el dolor corporal, asimismo, el 1% que tiene sobrepeso; el 6% que tiene delgadez si presentó muy poco dolor, de igual manera el 1% que tiene sobrepeso; el 28% que tiene delgadez indicó que tuvo un poco de dolor, de igual manera, el 2% que tiene sobrepeso; el 39% que tiene delgadez refiere que tuvo moderado dolor, así también el 2% que tiene una condición normal; por último, el 4% que tiene delgadez tuvo mucho dolor y esta misma tendencia ocurre en el 1% que tuvo condición normal.

Tabla 26 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Dolor corporal y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,600 ^a	8	,003
Razón de verosimilitud	17,183	8	,028
Asociación lineal por lineal	1,264	1	,261
N de casos válidos	100		

Se muestra en la tabla 26, respecto a la dimensión dolor corporal y estado nutricional, se observa una significancia de 0.000, donde se indica un Pearson valor de 23,600; siendo así significación menor a 0.05, por lo cual aceptamos la hipótesis planteada; en ese sentido se puede inferir que existe relación entre la dimensión dolor corporal y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Hipótesis específicas 6

Existe relación entre la dimensión salud mental y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Tabla 27 Correlación entre Salud mental y Estado nutricional

			Salud mental					Total
			Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
Estado nutricional	Delgadez (≤ 23)	Recuento	3	7	29	26	14	79
		% del total	3,0%	7,0%	29,0%	26,0%	14,0%	79,0%
	Normal ($>23 <28$)	Recuento	3	5	0	2	1	11
		% del total	3,0%	5,0%	0,0%	2,0%	1,0%	11,0%
	Sobrepeso ($\geq 28 <32$)	Recuento	1	1	5	2	1	10
		% del total	1,0%	1,0%	5,0%	2,0%	1,0%	10,0%
Total		Recuento	7	13	34	30	16	100
		% del total	7,0%	13,0%	34,0%	30,0%	16,0%	100,0%

En la tabla 27, se observa que el 3% de los beneficiarios que tiene un estado de nutrición delgado y normal menciona que nunca ha visto afectada su salud mental, asimismo el 1% que tiene una condición de sobrepeso refiere que no se vio afectado; el 7% que tiene delgadez indica que solo alguna vez se vio afectado, del igual forma el 1% que tiene sobrepeso; el 29% que tiene delgadez se vio afectado algunas veces, de la misma manera en el 5% que tiene sobrepeso; el 26% que tiene delgadez se vio afectada casi siempre, pero solo el 2% que tiene sobrepeso se vio afectado de igual manera; el 14% que tiene delgadez siempre se vio afectado, esto mismo ocurrió en el 1% que tiene sobrepeso.

Tabla 28 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Salud mental y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,199 ^a	8	,002
Razón de verosimilitud	22,115	8	,005
Asociación lineal por lineal	4,895	1	,027
N de casos válidos	100		

Se muestra en la tabla 28, en cuanto a la salud mental y estado nutricional, un nivel de significancia de 0.000, donde se puede indicar también que se tiene un valor de Pearson de 24,199, por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula en ese sentido podemos indicar que existe relación entre la dimensión salud mental y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 de Chinchero, Urubamba.

Hipótesis específica 7

Existe relación entre la dimensión vitalidad y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

Tabla 29 Correlación entre Vitalidad y Estado nutricional

			Vitalidad				Total
			Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	
Estado nutricional	Delgadez (≤ 23)	Recuento	11	35	30	3	79
		% del total	11,0%	35,0%	30,0%	3,0%	79,0%
	Normal ($>23 <28$)	Recuento	1	1	2	7	11
		% del total	1,0%	1,0%	2,0%	7,0%	11,0%
	Sobrepeso ($\geq 28 <32$)	Recuento	2	2	5	1	10
		% del total	2,0%	2,0%	5,0%	1,0%	10,0%
Total		Recuento	14	38	37	11	100
		% del total	14,0%	38,0%	37,0%	11,0%	100,0%

En la tabla 29, se observa que el 11% de los beneficiarios que tienen un estado nutricional delgado mencionaron que nunca se encuentra con vitalidad, asimismo, el 2% que tiene sobrepeso; el 35% que tiene delgadez solo alguna vez se sintió con vitalidad, de igual manera, el 1% que tiene condición normal; el 30% que tiene delgadez sintió algunas veces, de igual forma, el 2% que tiene condición normal; finalmente, el 7% que tiene condición normal casi siempre se siente con vitalidad y también el 1% que tiene sobrepeso.

Tabla 30 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Vitalidad y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,515 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	25,491	6	,000
Asociación lineal por lineal	3,907	1	,048
N de casos válidos	100		

Se muestra en la tabla 30, respecto a la dimensión vitalidad y estado nutricional, se observa una significación de 0.00, donde se observa un valor Pearson de 37,515 y una significación que es menor al 5%, por lo cual aceptamos la hipótesis planteada, en ese sentido, podemos indicar que hay relación entre la dimensión vitalidad y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito Chinchero, Urubamba, 2023.

Hipótesis específica 8

“Existe relación entre la dimensión función social y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.”

Tabla 31 Correlación entre Función social y Estado nutricional

			Función social				Total
			Nada	Un poco	Regular	Bastante	
Estado nutricional	Delgadez (≤ 23)	Recuento	6	5	28	40	79
		% del total	6,0%	5,0%	28,0%	40,0%	79,0%
	Normal ($>23 < 28$)	Recuento	7	2	1	1	11
		% del total	7,0%	2,0%	1,0%	1,0%	11,0%
	Sobrepeso ($\geq 28 < 32$)	Recuento	1	2	1	6	10
		% del total	1,0%	2,0%	1,0%	6,0%	10,0%
Total	Recuento	14	9	30	47	100	
	% del total	14,0%	9,0%	30,0%	47,0%	100,0%	

En la tabla 31, se observa que al 7% de los beneficiarios que tiene un estado de nutrición normal refiere que nada ha entorpecido sus actividades sociales, de igual manera el 1% que tiene sobrepeso; el 5% tiene delgadez menciona que un poco ha entorpecido sus actividades y este mismo escenario se observa en el 2% que tiene sobrepeso; el 28% tiene delgadez y considera que de forma regular ha entorpecido en sus actividades; mientras que el 40% tiene un índice de delgadez y menciona que esto le genera bastantes obstáculos para efectuar sus tareas diarias.

Tabla 32 Prueba de correlación no paramétrica de Chi-Cuadrado entre Función social y Estado nutricional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,450 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	26,025	6	,000
Asociación lineal por lineal	4,284	1	,038
N de casos válidos	100		

Como se observa un nivel de significancia del 5%, donde se tiene el valor de chi cuadrado de 32,450 y una significación asintótica bilateral menor a 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo tanto, existe relación entre la dimensión función social y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

5.3. Discusión de resultados

El trabajo de investigación de Wan Puteh, et al., en 2019 mencionaron que la calidad de vida está influenciada por los factores, un bajo ingreso percibido por esta población, es así que también el ser de sexo femenino, el nivel de educación y las dolencias a causa de la condición en la que se hallan, donde los determinantes respecto a baja calidad de vida estaban presentes con enfermedades crónicas. Es así que el estudio realizado por el autor coincide con los resultados hallados relativamente, debido a que las dimensiones planteadas en la presente investigación coinciden con la dimensión

de dolencia expresa por el autor, siendo este uno de los factores determinantes respecto a calidad de vida de la población de estudio.

Así también en el estudio de Portilla y Pupiales consideraron calidad de vida de adultos mayores concerniente respecto a la salud, tiene influencia por parte de los factores de salud, sociales, físicos, emocionales, dificultando a los sujetos poseer una relación adecuada con su entorno, donde podemos afirmar que los resultados descritos por los autores coinciden con el presente estudio donde las dimensiones física, social, rol emocional y percepción de salud se encuentra en relación netamente con calidad de vida respecto a los beneficiarios este caso, dificultando sus actividades sociales, no teniendo una relación apropiada en el contexto que se encuentra.

Doosti, Saharnaz, Sima, Parvin y Zahra en cuanto a los resultados de su investigación concluyeron respecto a la calidad de vida concerniente a la salud disminuyó con un aumento en cuanto a la edad. La calidad de vida fue mejor en los hombres con respecto a las mujeres, principalmente en escalas de percepción de salud y de rol físico. Los ancianos que estaban en un asilo presentaban una CV más baja que los que vivían en su propia casa. En ese sentido podemos inferir que relativamente coinciden a resultados hallados por los escritores ya mencionados, donde observamos que las dimensiones respecto al rol físico presentan una relación con calidad de vida, sin embargo el estudio muestra que el 70% de los beneficiarios de pensión 65 no ha tenido ningún problema físico, a comparación con la percepción de salud donde sí coinciden los resultados, donde la mayor parte de los receptores del programa desde su percepción mayoritariamente menciona que no es bastante cierto que su salud es buena.

En la investigación de Peña et. al. se apreció a los adultos mayores en un 80% poseen mala calidad de vida de manera similar con hallazgos de la investigación presente, donde el 59% de beneficiarios del programa presentan calidad de vida de nivel malo,

así también los escritores mencionan que las personas de la tercera edad de Guerrero tienen porcentaje elevado en cuando a complicaciones a nivel social, emocional, físicos, originando una perspectiva negativa de su salud y vida; estos resultados son similares al presente estudio donde las personas de tercera edad receptores del programa en el distrito Chinchero presentaron porcentajes relativamente altos.

Respecto al estudio de Chavarría y Rodríguez hallaron que en un 50% de adultos mayores el estado nutricional fue mayor y estuvo relacionado con ser profesional, realizar actividad física, tener pareja, por otro lado, los que no tuvieron interrelación alguna en cuanto al estado nutricional fueron las mujeres; el sobrepeso estuvo relacionado con el nivel de escolaridad media y con no ser profesional ($P < 0.001$) donde los autores concluyeron que la capacidad económica y el nivel de escolaridad permite una mejor calidad de vida. Por lo tanto, inferimos que los resultados de los autores en mención coinciden con los resultados del presente en cuanto a los estados nutricionales identificado con el IMC, donde el 79% beneficiarios del programa presentaron delgadez.

En el estudio de Merellano se halló que la funcionalidad física se encuentra relacionada a calidad de vida de los individuos de tercera edad, a modo que programas en cuanto a prevención son relevancia para evitar la dependencia funcional. A comparativa de hallazgos en estudio presente se menciona en cuanto a la función física que al 70% le limita un poco realizar actividades cotidianas, influenciando a su calidad, donde existe cierta relación entre estas variables. Por otro lado, autores como Duran y Ruiz en su investigación hallaron que existe relación entre el estado nutricional y el dolor corporal y la función social, debido a que, para los demás elementos no hubo relación alguna. Por lo tanto, la presente investigación coincide con los resultados hallados, en cuanto a las dimensiones de dolor y función social, ya que se obtuvo una significancia de 0,000 y 0,000 respectivamente siendo esta menores respecto de 0,05 donde aceptamos las hipótesis planteadas donde hay una relación con variable estado

nutricional; sin embargo en dimensiones como función física, salud mental, rol emocional, rol físico, vitalidad y percepción de salud también se observa una relación con el estado nutricional de los receptores del programa en Chinchero.

La investigación de Castellanos en 2019 obtuvo que el 55% de la muestra son obesos, un 38% tienen peso normal y un 7% se encuentran delgados; además, un 57% refieren tener calidad de vida alta en los campos del rol físico, emocional, dolencias corporales y salud en general, resultó de categoría baja en cuanto a calidad de vida, donde se afirma, que hay un grado correspondencia entre las variables del estudio. Dicha afirmación hecha por el autor coincide con el estudio presentado donde existe un grado de relación entre dimensiones como el rol físico, emocional, percepción de salud y dolencia corporales, así también dicha relación se da con respecto a los estados nutricionales y calidad de vida.

Respecto al estado nutricional se observó que 79% en cuanto a receptores del programa en Chinchero presento delgadez, ya que solo el 10% de la población de estudio tiene buena calidad de vida comparado al trabajo de Castellanos donde el 57% refiere tener un nivel de calidad de vida buena.

Bravo y García, en cuanto a su trabajo de investigación en el 2022 mencionaron que el declive de las funciones físicas afecta a la calidad de vida, manifestación de dolor, roles físicos, la reducción en cuanto a vitalidad, desgaste respecto a salud; en cuanto a la población femenina la calidad de vida que no es adecuada se presenta en este grupo, donde los resultados llegados por los autores coinciden con hallazgos del presente estudio, así también los autores concluyen respecto a las personas de tercera edad que tienen malnutrición poseen calidad no adecuada de vida, donde se evidenció en las variables una vinculación; dicha afirmación se suscita en el presente estudio donde hay una dependencia entre las variables, presentando niveles bajos en cuanto a estado nutricional afectando en su bienestar de los individuos.

En la investigación de Estrada, Moreno y Vega, llegan a resultados como que se presenta una alta calidad de vida de su población en cada una de sus dimensiones mientras que en percepción de salud esta fue promedio, por lo tanto dicho estudio se diferencia en cuanto a los hallazgos al que llegaron los autores, por lo cual se indica que el 59% de individuos de tercera edad receptores del programa tienen un nivel malo en cuanto a calidad de vida, y presentan un estado nutricional en cuanto de delgadez de 79% y sobrepeso del 10% relacionándose a los receptores del programa en cuanto a su calidad de vida. Así también Rodríguez en su estudio llegó al resultado donde hay una correspondencia del estado nutricional y la calidad de vida ya que respecto a la malnutrición implica menos CV, coincidiendo absolutamente con el presente estudio llegando 0,00; donde se observa una existencia a cuanto a la relación de estado nutricional y calidad de vida de los receptores del programa en Chinchero.

En el estudio de Huamán se pudo observar que, la diferencia entre las personas que se benefician y no se benefician es de 1.9% (calidad de vida), además sólo un 1.1% de estas personas mantiene una buena calidad de vida; es así que concluye que los individuos beneficiarios que no forman parte del programa refieren una regular y mala calidad de vida. Respecto a ello, los resultados de presente estudio podemos indicar que el 79% de los receptores, es decir beneficiados por el programa presentaron niveles bajos respecto al estado nutricional normal todo ello debido al bienestar malo que se presentan los beneficiarios.

La investigación de Cáceres en el 2020 menciona que las personas de tercera edad poseen una calidad de vida deficiente, ya que el 41,4% de participantes poseen una calidad de vida (CV) deficiente, de 36.8% es buena y del 21,8% es regular; respecto a las dimensiones, se tuvo que en la función física e 37,9% tuvo una CV deficiente; en el rol físico el 65,5% tuvo CV regular; en dolor corporal 44,8% tuvo CV buena; en percepción de salud el 40,2% tuvo CV buena; en vitalidad, 42,5% posee CV regular; en función social, el 37,95 posee CV buena y regular en la misma proporción, en rol

emocional el 46% posee CV deficiente y en salud mental; el 48,3% posee CV regular. En ese sentido podemos indicar que los resultados hallados por el autor coinciden con el presente estudio, donde los individuos de tercera edad receptores de pensión 65 tienen calidad mala de vida representado por 59%, el 31% se ubica en regular calidad de vida y el 10% en buena.

VI. Conclusiones

- La calidad de vida y estado nutricional de los beneficiarios del programa pensión 65 en el distrito de Chinchero se encuentran relacionados de forma significativa, donde se tiene el valor de chi cuadrado de 54,812 y una significación asintota bilateral menor a 0.05 (sig.=0.000), por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo tanto, existe relación las variables calidad de vida y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- Se concluye que existe relación entre la dimensión percepción de la salud y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023. Ya que los resultados muestran a un nivel de significancia del 5%, se tiene el valor de chi cuadrado de 31,608 y una significación asintota bilateral menor a 0.05 (sig.=0.000), por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
- Respecto a la dimensión función física se concluye que existe relación entre la dimensión función física y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023, donde se establece un nivel de significancia del 5%, se tiene un valor de chi cuadrado de 63,496 y una significación asintótica bilateral de 0,00 menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se admite la hipótesis alterna.
- Sobre el rol físico se concluye que a un nivel de significación del 5%, se tiene un valor de chi cuadrado de 32,871 y una significación asintótica bilateral 0,00 siendo menor a 0,05 (sig.=0.000); donde se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo tanto, existe relación entre la dimensión rol físico y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.

- Respecto a la dimensión rol emocional se concluye que existe relación entre dicha dimensión y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023, donde se establece un nivel de significación del 5%, es así que se tiene un valor de chi cuadrado de 29.976 y una significación asintótica bilateral menor a 0,05 (sig.=0.000); donde se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
- Sobre el dolor corporal se concluye que existe relación entre la dimensión dolor corporal y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023. Donde el valor de chi cuadrado fue de 23,600 y una significación asintótica bilateral menor a 0.05 (sig.=0.000), al 95% de confianza, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
- Según la prueba de correlación no paramétrica de un chi cuadrado de 24,199 y el nivel de significancia al 5%, se observó una significación asintótica bilateral de 0,002 menor a 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo tanto, existe relación entre la dimensión salud mental y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- En cuanto a la vitalidad se concluye que se observa que se tiene el valor de chi cuadrado de 37,515 y una significación asintótica bilateral de 0,000 menor a 0.05 a un nivel de significancia del 5%, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo tanto, existe relación entre la dimensión vitalidad y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023.
- Se ha demostrado que existe relación entre la dimensión función social y el estado nutricional de los beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Chinchero, Urubamba – Cusco, 2023, donde se tiene el valor de chi cuadrado de 32,450 y una

significación asintota bilateral de 0,00 menor a 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

VII. Recomendaciones

- Realizar estudios similares en otros distritos de la provincia de Urubamba, específicamente en los distritos con características sociodemográficas similares a Chinchero, para evaluar la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional de los beneficiarios del programa Pensión 65.
- Realizar talleres educativos que expliquen cómo ciertos alimentos y hábitos alimenticios pueden influir en la percepción y el manejo del dolor; además de proporcionar consejos prácticos sobre cómo ajustar la dieta para apoyar la reducción del dolor y mejorar la calidad de vida.
- Desarrollar programas de ejercicio físico que estén adaptados a las necesidades y capacidades de los adultos mayores; estas actividades podrían incluir ejercicios de bajo impacto, como caminatas guiadas, clases de gimnasia ligera o yoga, que ayuden a mejorar la movilidad, fuerza muscular y equilibrio, reduciendo así el riesgo de caídas y mejorando la calidad de vida.
- Promover la autonomía y la independencia de los beneficiarios mediante la incorporación de actividades diarias que desafíen y mantengan sus habilidades físicas; esto puede incluir tareas domésticas ligeras, jardinería o cualquier otra actividad que mantenga a los beneficiarios activos y comprometidos físicamente.
- Desarrollar programas que aborden el rol emocional de los beneficiarios, proporcionando apoyo emocional y psicológico; esto podría incluir terapias grupales, sesiones de consejería individual, y talleres sobre manejo de emociones, que ayuden a los beneficiarios a comprender y gestionar mejor sus emociones; por ello, es necesario enseñar a los beneficiarios a reconocer y gestionar las emociones que pueden llevar a hábitos alimentarios poco saludables es crucial para mejorar su estado nutricional.

- Desarrollar campañas de promoción de la salud que incluyan la educación sobre la importancia de mantener una dieta balanceada, realizar actividad física regular, y seguir hábitos de vida saludables; estas campañas pueden ser acompañadas de talleres y actividades comunitarias que fomenten la adopción de prácticas saludables para que de esta manera se contrarreste el dolor corporal.
- Implementar talleres que aborden tanto la salud mental como la nutrición, enseñando a los beneficiarios cómo el manejo del estrés, la ansiedad y la depresión puede influir en sus hábitos alimenticios; estos talleres pueden incluir técnicas de relajación y educación sobre la importancia de una dieta balanceada.
- Implementar talleres sobre hábitos de vida saludables que incluyan no solo la nutrición, sino también la importancia de un sueño adecuado, la hidratación, y la actividad física regular, todos ellos componentes clave para mejorar la vitalidad.
- Fomentar la formación de grupos de apoyo social entre los beneficiarios del programa, donde puedan interactuar, compartir experiencias y participar en actividades comunitarias; dado que estas no solo mejoran la función social, sino que también pueden motivar a los beneficiarios a adoptar mejores prácticas nutricionales a través del intercambio de conocimientos y experiencias.

VIII. Referencias

1. Blesa M. Salud, bienestar y estilo de vida desde un enfoque de género. UNIFE. 2020; 28(2). DOI: <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2020.v28n2.2249>
2. Ministerio de Economía y Finanzas. Reseña de evaluación de impacto. Programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 (2012-2015). MEF, Lima; 2016. Obtenido de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/estudios/pension65.pdf
3. Montejano R, Ferrer D, Clemente G, Martínez N, San Juan Á, Ferrer E. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria*. 2014; 30(4). DOI: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7829>
4. Lorenzo J, Díaz H. Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo XXI. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2019 marzo; 23(2): p. 170-171. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200170
5. Blog de Economía y Finanzas Bankinter. bankinter. [Online].; 2022 [cited 2023 Mayo 04]. Available from: <https://www.bankinter.com/blog/economia/paises-mejor-calidad-vida>.
6. Noticias Suiza. Noticias Suiza. CH. [Online].; 2024 [cited 2024 Junio 14]. Available from: <https://noticiassuiza.ch/sociedad/2024/01/09/suiza-mejor-pais-mundo-vivir/>.
7. Mayores INdIPA. Gobierno de México. [Online].; 2021 [cited 2023 mayo 04]. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS,%2C%20expectativas%2C%20est%C3%A1ndares%20y%20preocupaciones>.

8. Aguilar J, Álvarez J, Lorenzo J. Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. INFAD. 2011; 4(1). Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5641316>
9. Asenjo J. Estado nutricional según características demográficas de adultos mayores peruanos. Revista Finlay. 12(1). 2022. Obtenido de: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1060/2086>
10. FAO FOPyU. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. [Online].; 2023 [cited 2023 mayo 05. Available from: <https://www.fao.org/documents/card/es/c/cc3859es>.
11. Cigarroa I. Efectos de un programa de ejercicio multicomponente en personas mayores que viven en comunidad. MediSur. 2021 Agosto; 19(4). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000400590
12. Ronzón Z, Jasso P. Pertinencia de los programas sociales en el Estado de México dirigidos a su población envejecida. Revista pueblos y fronteras digital. 2016 Junio; 11(21). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90645701008>
13. Estrella J, Pombosa M, Valencia S, Salas G. Programa de atención integral al adulto mayor. [Online].; 2015 [cited 2024 Agosto 03. Available from: <https://files.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/files/2015/01/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf>.
14. Dirección Nacional de Asistencia Social. Programa de atención integral al adulto mayor. [Online].; 2015 [cited 2024 Agosto 03. Available from: <https://files.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/files/2015/01/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf>.

15. Moreno L. Misión Mis Mejores Años. [Online].; 2018 [cited 2024 Agosto 03. Available from: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/BrochureMisMejoresAn%CC%83os_L5.pdf.
16. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P, et al. Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. Obtenido de: [https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Envejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores%20\(1\).pdf](https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Envejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores%20(1).pdf)
17. Infobae. Infobae. [Online].; 2020 [cited 2023 Mayo 04. Available from: <https://www.infobae.com/america/colombia/2020/10/10/colombia-entre-los-paises-con-peores-indicadores-de-calidad-de-vida-en-america/>.
18. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor. Informe técnico N°2, junio 2018 Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018. Obtenido de: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/2993635-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-abril-mayo-junio-2018>
19. Blouin C, Tirado E, Mamani F. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2018. Obtenido de: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/publicaciones/la-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-en-el-peru-camino-a-una-nueva-politica/>
20. DIRESA. Plan Operativo Instotucional. Oficina ejecutiva de planeamiento, presupuesto y desarrollo institucional Cusco-Perú: Gerencia Regional de Salud; 2021. Obtenido de: <https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/POI-HRC-2021-RESOLUCION.pdf>

21. DIRESA. Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en la región del Cusco. EPI. 2022; 12(20). Obtenido de: https://sier.regioncusco.gob.pe/wp-content/uploads/2022/03/7_BOL_SALUD.pdf
22. La República. La República. [Online].; 2022 [cited 2023 mayo 05. Available from: <https://larepublica.pe/economia/2022/11/30/regiones-del-sur-presentan-un-progreso-social-medio-bajo-moquegua-cusco-tacna-arequipa-lrds>.
23. Pensión 65. Memoria Anual 2017 Lima: La Memoria Institucional es una publicación del Programa Nacional de Asistencia Solidaria – Pensión 65; 2018. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2152446/MEMORIA%20ANUAL%202017%20PENSIÓN%2065.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital 2018. INEI, Lima; 2020. Obtenido de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1718/Libro.pdf
25. Rizal H, Said S, Abdul H, Su T, Maw T, Ismail R. Health-related quality of life of younger and older lower-income households in Malaysia. PLoS ONE. 2022 Octubre; 17(2). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263751>
26. Portilla A, Pupiales J. Calidad de Vida en el Adulto Mayor Indígena. Revista de la Universidad Marina. 2020 Octubre; 38(2). DOI: <https://doi.org/10.31948/Rev.unimar/unimar38-2-art4>
27. Doosti A, Nedjat S, Nedjat S, Cheraghi P, Cheraghi Z. Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta-analysis. Eastern Mediterranean Health Journal. 2018; 24(11). DOI: 10.26719/2018.24.11.1088

28. Peña E, Bernal L, Reyna L, Pérez R, Onofre D, Cruz I, Silvestre D. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Universidad y Salud*. 2019 mayo; 21(2). DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.192102.144>
29. Chavarría P, Barrón V, Rodríguez A. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Revista Cubana de salud pública*. 2017 Julio; 43(3). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300005
30. Merellano E. Condición física, independencia funcional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores chilenos. Universidad de Extremadura; 2017. Obtenido de: https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/61116/1/TDUEX_2017_Merellano_Navarro.pdf
31. Duran R, Cahuana R. Calidad de vida y estado nutricional de los beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria – Pensión 65, Andahuaylas, Apurímac 2022. Andahuaylas: Universidad Tecnológica de los Andes; 2022. Obtenido de: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6637156?show=full>
32. Castellanos, J. Estado nutricional y calidad de vida de la población mayor de 40 años en Coviriali, Satipo – 2019. Huancayo: Universidad Nacional del Centro; 2020. Obtenido de: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/8019>
33. Bravo G, García Y. Calidad de vida y malnutrición de los adultos mayores, que acuden al Puesto de Salud Yanamilla, Ayacucho 2022. Huamanga: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2023. Obtenido de: <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/473ea67c-bdf0-40fb-a22c-1290db548f4d>

34. Estrada H, Moreno A, Vega M. Calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, Lima - 2018. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018. Obtenido de: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/233>
35. Rodríguez F, Quispe M, Oyola A, De la Cruz C, Portugal M, Lizarzaburu E, Mejía E. Calidad de vida y su relación con la malnutrición en el adulto mayor. Provincia de Ica, 2015. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica; 2015. DOI: 10.25176/RFMH.v18.n4.1734
36. Huamán R. Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65 del Centro Poblado de Kcauri, Cusco 2019. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2019. Obtenido de: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/2758>
37. Caceres E. Calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud San Jerónimo, Cusco 2020. Lima: Universidad César Vallejo; 2021. Obtenido de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/61876>
38. Femenia , Lozano J. Wellbeing and health psychology: the difficulty to measure quality of life. *International journal of psychology*. 2019; 21(3). DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1585>
39. Verduzco MdC, Cornejo J, Espinoza R. Un acercamiento teórico conceptual: Inteligencia Territorial, destinos turísticos y calidad de vida en la esfera local. *Revista Internacional de Sostenibilidad*. 2023 Abril; 5(1). Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/370066937_Un_acercamiento_teorico_conceptual_Inteligencia_Territorial_destinos_turisticos_y_calidad_de_vida_en_la_esfera_local

40. Madero S. Percepción de la jerarquía de necesidades de Maslow y su relación con los factores de atracción y retención del talento humano. *Contaduría y Administración*. 2023 noviembre; 68(1). Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8721849>
41. Gasperín E., Platas D., Zetina P, Vilaboa J.. Calidad de vida de los cafeticultores en las Altas Montañas de Veracruz, México. *Agronomía Mesoamericana*. 2023 enero-abril; 34(1). Obtenido de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-13212023000100012&script=sci_abstract&tlng=es
42. Valera L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016 abril- junio ; 33(2). Obtenido de : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001
43. Nogueira R, Mentz W, Granemann R, Ribeiro E, Moraes C, Meister I, et al. MédicaEvaluación de intervenciones que promueven la calidad de vida de los estudiantes de medicina: una revisión sistemática. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2022 junio;(2): p. 65-79. DOI: 10.6018/edumed.514541
44. Castro M. Participación y calidad de vida. Un enfoque desde trabajo social. Primera edición ed. México : Alcanits A.C. ; 2017.
45. Mazo , Mejía. Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. *Revista Poiésis*. 2019 enero; 36. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.3192>
46. Montes , Cevallos , Alcívar. Estilos parentales y calidad de vida familiar en adolescentes con dificultades conductuales. *Revista Cognosis*. 2019 Julio; 4(3). DOI: <https://doi.org/10.33936/cognosis.v4i3.1872>

47. Macías M., Ortega G, Azúa. Enfermedades crónicas no transmisibles y la calidad de vida en el Ecuador. MQRInvestigar. 2023 Marzo; 7(1). DOI:10.56048/MQR20225.7.1.2023.1592-1612
48. De Souza M, Freire R, Soares L, dos Santos M, Zanetti M, Coelho M. Calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;(27). DOI: 10.1590/1518-8345.2961.3210
49. López F., Morales A., Ugarte A., Rodríguez L., Hernández J, Sauza L. Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. Enfermería Global. 2019 Octubre; 18(54). DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>
50. Vázquez , Hidalgo. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esclerosis múltiple. Medisur. 2022 Mayo; 20(1). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000100044
51. Vargas R., Melguizo E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. Revista de Salud Pública. 2017 Julio; 19(4). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42255042002.pdf>
52. Barceló R, Ornelas M, Blanco H. Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. Ansiedad y Estrés. 2021 Septiembre;(27). DOI: <https://doi.org/10.5093/anyes2021a13>
53. Palacios , Arango , Ordoñez , Alvis. Calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis acumulativo. CES Psicología. 2019 Septiembre; 12(3). Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802019000300080

54. Lopera J. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Febrero; 25(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
55. Enriquez L. Estilo de vida ativo segundo as novas diretrizes da OMS: uma influência na aptidão física, composição corporal e qualidade de vida em mulheres idosas? *Ciencias de la actividad física (Talca)*. 2022 junio; 23(especial). DOI: http://dx.doi.org/10.29035/rcaf.23.especial_ihmn.2
56. Soria, R. Calidad de vida objetiva: implicaciones para la competitividad de las ciudades mexicanas, 2010 - 2016. *Red internacional de investigadores en Competitividad*. 2020 Mar; 13(1). Obtenido de: https://www.academia.edu/109681809/Calidad_de_vida_objetiva_implicaciones_para_la_competitividad_de_las_ciudades_mexicanas_2010_2016
57. OMS. Porque la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. Conferencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 Julio. Obtenido de : <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
58. Cazorla J. Las relaciones sociales en salud mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social. 2014 Diciembre. Obtenido de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/43716>
59. Roa A. La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA*. 2013 Diciembre ; 44. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4596298>

60. Solano C. El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2009 Diciembre; 22(3). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf>
61. Ossa J, Gonzáles E, Rebelo L, Pamplona J. Los conceptos de bienestar y satisfacción, una revisión de tema. Revista científica Guillermo de Ockham. 2005 Junio; 3(1). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105316842003.pdf>
62. Suarez M, Arostegui S, Remache E, Rosero C. Calidad de vida: el camino de la objetividad a la subjetividad en población general y grupos como: niños y jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores. Rev Med Vozandes. 2022 Feb; 33(1). Obtenido de: https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2022/07/11_RL_01.pdf
63. Cuesta J, Fuente Rdl, Vidriales R. Bienestar físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2017; 4(1). DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1025>
64. Mesa D, Espinosa Y, Verona A, Valdés B. Factores asociados a la salud y el bienestar en adultos mayores centenarios. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2022 Marzo ; 38(1). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100002
65. Carmona S. El bienestar personal en el envejecimiento. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. 2009 Junio; 4(7). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>
66. Carranza L. Factores Asociados al Bienestar Emocional en los Adultos Mayores de 90 Años de Ancash. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023

- Diciembre; 7(6). Obtenido de:
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8571/12827>
67. Rodríguez H, Bolaños O, Pedroso I. Utilidad de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. *Invest. Medicoquir.* 2020 septiembre; 12(3). Obtenido de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2020/cmq203p.pdf>
68. Bravo M. Actividad física intensa: Dulce o Amargo. *Revista Clínica de Medicina de Familia.* 2012 Febrero; 5(1). DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100016>
69. EsSalud. Manipulación Manual de Cargas. [Online].; 2015 [cited 2024 Agosto 02]. Available from:
https://www.essalud.gob.pe/downloads/ceprit/FEBRERO_2015.htm#:~:text=Riesgos%20de%20la%20manipulaci%C3%B3n%20manual,Qu%C3%A9%20hacer%20.
70. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Guía de ejercicio físico para mayores. España : Sociedad Española de Geriátría y Gerontología ; 2012. Obtenido de:
<https://www.segg.es/media/descargas/GUÍA%20DE%20EJERCICIO%20FÍSICO%20PARA%20MAYORES.pdf>
71. Benavides C, García J, Fernández J. Condición física funcional en adultos mayores institucionalizados. *Universidad y Salud.* 2020 Enero; 22(3). DOI:
<https://doi.org/10.22267/rus.202203.196>
72. Ministerio de Educación y Ciencia. Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. [Online].; 2014. Available from:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>.

73. Lavin K, Roberts B, Fry C, Moro T, Rasmussen B, Bamman M. The Importance of Resistance Exercise Training to Combat Neuromuscular Aging. *Physiology* (Bethesda). 2019 Marzo; 34(2). DOI: 10.1152/physiol.00044.2018.
74. Maranzano S. Envejecer en movimiento: Actividad física para personas mayores. 1º edición Buenos Aires: Dunken ; 2019. Obtenido de: https://www.dunken.org/editar-mi-libro-publicar-libro/index.php/index.php?opt=2&id_titulo=10777
75. Nascimento M, Gouveia R, Marques A, Gouveia R, Marconcin P, Fanca C, et al. The Role of Physical Function in the Association between Physical Activity and Gait Speed in Older Adults: A Mediation Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Agosto ; 19(19). DOI: 10.3390/ijerph191912581
76. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 02. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
77. Carmona S, Ribeiro M. Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de población*. 2010 Setiembre; 16(65). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11215313006.pdf>
78. ORPEA. Ansiedad en personas mayores: síntomas y tratamiento. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 02. Available from: <https://orpea.es/blog/ansiedad-en-personas-mayores/#:~:text=Esta%20ansiedad%20en%20personas%20mayores,normal%2C%20incluso%20para%20su%20edad>.
79. Zúñiga L, Fernández I, Aguilar M. Satisfacción y bienestar laboral en trabajadores de una Estancia para Adultos Mayores de Morelia, Michoacán. *Revista Electrónica*

- del Desarrollo Humano para la Innovación Social. 2020 Diciembre; 7(14). Obtenido de: <https://cdhis.org.mx/index.php/CAGI/article/view/150>
80. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2007 Abril; 68(3). Obtenido de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
81. Gonzáles J, Valdés M, Iglesias S, García M, Gonzáles D. La depresión en el anciano. *NPunto*. 2018 Noviembre; 1(8). Obtenido de: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
82. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Rev Peru Psicol Trab Soc*. 2017 Julio; 3(1). Obtenido de: <https://www.semanticscholar.org/paper/Funcionamiento-familiar-y-sus-relaciones-con-la-Alarc%C3%B3n/4c86e871f0ba5d556182b95f4365c9a5b8c7c1f6>
83. Piqueras J, Ramos V, Martínez A, Oblitas L. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 2009 Diciembre ; 16(2). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
84. Peeters F, Nicolson A, Berkhof J, Delespaul P, deVries M. Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2003 Mayo; 112(2). DOI: 10.1037/0021-843x.112.2.203
85. Trzesniewski H. Desarrollo de la autoestima desde la edad adulta joven hasta la vejez. *Revista de personalidad y psicología social*. 2018 Junio; 10(1). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56024657005.pdf>
86. Ruiz D, Cabezas M, Tigse S, Muñoz D. El tiempo libre y el ocio en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. *Dominio de las Ciencias*. 2021 Agosto; 7(4). DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v7i4.2149>

87. Pasapera S, Stiwam M. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Chulucanas, 2018. Tesis de Licenciatura en Tecnología Médica. Lima: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2018. Obtenido de: <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/556>
88. Boyaro F, Tió A. Evaluación de la condición física en adultos mayores: desafío ineludible para una sociedad que apuesta a la calidad de vida. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*. 2014 Noviembre;(7). Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5826404>
89. Chaves M, Silva Md, Lopes J. La vitalidad y la vejez. *Revista IGT na Rede*. 2016; 13(24). Obtenido de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a08.pdf>
90. Atenzia. Cansancio y Fatiga en personas mayores. [Online].; 2023 [cited 2024 Agosto 03]. Available from: <https://teleasistencia.es/es/blog/ocio-en-la-tercera-edad/cansancio-y-fatiga-en-personas-mayores>.
91. Andrés Jd, Acuña J, Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 Julio; 25(4). Obtenido de: https://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20médica/2014/4%20Julio/10_Dr.-Javier-De-Andr-@s.pdf
92. Casado I, Queraltó M, Fernández V. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar Aetiology, chronification, and treatment of low back pain. *RevClínica y Salud*. 2008 Marzo; 19(3). Obtenido de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300007
93. Gutiérrez F. Importancia de la edad avanzada en las infecciones: mitos y realidades. Elsevier. 2007 Diciembre; 25(10). Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista->

enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-importancia-edad-avanzada-infecciones-mitos-13112935

94. López E, Cabrera Y, Díaz A, López E, Gálvez A, Jiménez G. Aproximación a la autoevaluación de la calidad percibida en los servicios de atención al adulto mayor. *MediSur*. 2019 Junio; 17(3). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000300393
95. Nuevo R, Montorio I, Márquez M, Izal M, Losada A. Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *Int J Clin Health Psychol*. 2003 Octubre; 4(2). Obtenido de: https://aepec.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-111.pdf
96. Ocampo M. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*. 2010 Setiembre; 41(3). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28315220011.pdf>
97. Gov.co. Envejecimiento y Vejez. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 03. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.
98. Prieto Y. ¿Qué es la tercera edad? [Online].; 2020 [cited 2024 Agosto 03. Available from: <https://www.depencare.com/que-es-la-tercera-edad-caracteristicas>.
99. Acera M. Conociendo las etapas de la tercera edad. [Online].; 2023 [cited 2024 Agosto 03. Available from: <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/conociendo-etapas-tercera-edad>.
100. Ministerio de Salud. Norma técnica para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores. NTSN° 207 -MINS/DGIESP-2023. Lima: MINSA; 2023. Report No.: 1-78. Obtenido de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4557563-789-2023-minsa>

101. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Pensión 65. [Online].; 2022 [cited 2024 Agosto 03. Available from: <https://www.pension65.gob.pe/wp-content/uploads/2022/04/Plan-de-Gobierno-Digital-Pension-65.pdf>.
102. Herrera B, Galindo Ó, Bobadilla R, Penedo F, Lerma A. Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*. 2021 Julio; 31(2). DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>
103. Villagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J. El Cuestionario de Salud SF-36 español, una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Scielo*. 2005 Apr; 19(2). Obtenido de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
104. Guamialamá J, Salazar D, Portugal C, Díaz P. Evaluación nutricional en docentes de la Universidad UTE de Quito. *Nutrición Clínica y Diabética hospitalaria*. 2019 Enero; 39(4). DOI: <https://doi.org/10.12873/411guamialama>
105. Luna , Ramírez , Guerrero I, Guevara R, Marín J, Jiménez E. Evaluación del estado nutricional de niños en edad escolar de dos localidades indígenas de Oaxaca. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2020 Febrero; 19(1). Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2020/spn201a.pdf>
106. Figueroa D. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Revista de Salud Pública*. 2004 Octubre; 6(2). Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642004000200002&script=sci_abstract&tlng=es

107. Yamada M, Sekine M, Tatsuse T, Asaka Y. Association between lifestyle, parental smoke, socioeconomic status, and academic performance in Japanese elementary school children: the Super Diet Education Project. *Environ Health Prev Med*. 2019 Abril; 9(24). DOI: 10.1186/s12199-019-0776-x
108. Cordero N, Cárdenas A, Andrade M, Ramírez A. Factores determinantes del estado nutricional en la niñez en edad escolar. *Universidad, ciencia y tecnología*. 2019 Diciembre; 23(95). Obtenido de: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/download/242/433/>
109. Katamba G, Musasizi A, Kinene M. elationship of anthropometric indices with rate pressure product, pulse pressure and mean arterial pressure among secondary adolescents of 12-17 years. *BMC Research Notes*. 2021 Marzo;(14). DOI: 10.1186/s13104-021-05515-w
110. Cossio M, Gómez R, Castelli L, Sulla J, Urra C, Pires V. Muscle strength and body fat percentage in children and adolescents from the Maule region, Chile. *Arch Argent Pediatr*. 2020 Marzo; 118(5). DOI: 10.5546/aap.2020.eng.320
111. Campos I, Hernández L, Oviedo C, Ramírez D, Hernández B, Barquera S. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut 2020. Salud pública de México*. 2021 Noviembre; 63(6). DOI: <https://doi.org/10.21149/12851>
112. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. Guía técnica. Lima: Ministerio de Salud, Ministerio de Salud; 2022. Obtenido de: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-02/GuiaAntropometricaAdulto.pdf>

113. Díaz C, Martínez A, Nava. Conceptos básicos de la obesidad y su traducción a la clínica. Revista digital RED CieN. 2019 Julio; 2(5). Obtenido de: <https://www.redcien.com/index.php/redcien/article/view/39>
114. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. Guía técnica. Lima: Ministeriode Salud, Ministerio de Salud; 2019. Obtenido de: <https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/20.500.14196/1159/Guia%20Técnica%20VNA%20Gestante%20Final%20%20-%20Versión%20Final%20-.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
115. Porras M., Vilorio M., López R. Conductas alimentarias de riesgo, IMC y satisfacción corporal en jóvenes estudiantes de Nuevo Casas Grandes, Chihuahua, México. Estudios sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional. 2022 diciembre; 31(58). DOI: <https://doi.org/10.24836/es.v31i58.1097>.
116. Lara E., Pérez E., Cuellar Y. Antropometría, su utilidad en la prevención y diagnóstico de la hipertensión arterial. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2022 abril; 26(2). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000200026
117. Canales M, Hernández A, González , Monroy , Velázquez , Bautista. Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo de la salud. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud. 2019 diciembre ; 8(15). DOI: <https://doi.org/10.29057/icsa.v8i15.4829>
118. Merino R, Morillo N, Sánchez A, Gómez V, Crespo R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/ depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. Enfermería nefrológica. 2019 julio; 22(3). DOI: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000300006>

119. Barceló R, Ornelas M, Blanco H. Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*. 2021 septiembre;(27). DOI: <https://doi.org/10.5093/anyes2021a13>
120. Saintila J, Villacís J. Estado nutricional antropométrico, nivel socioeconómico y rendimiento académico en niños escolares de 6 a 12 años. *Nutrición clínica y diabética hospitalaria*. 2020 marzo; 40(1). DOI: 10.12873/401saintila
121. Addison O, Serra M, Katznel L, Giffuni J, Lee C, Castle S, et al. Mobility Improvements Are Found in Older Veterans After 6 Months of Gerofit Regardless of Body Mass Index Classification. *Journal of aging and physical activity*. 2019 diciembre; 27(4). DOI: 10.1123/japa.2018-0317.
122. Argente J. Avances clínico-moleculares en el diagnóstico de la talla baja. *Rev Esp Endocrinol Pediat*. 2020; 11(1). Obtenido de: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E33/P1-E33-S2661-A591.pdf>
123. Roque , Saldaña , Alburquerque. Índice Cintura Talla un marcador de obesidad visceral relacionado a cistitis no complicada. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020 enero; 20(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2545>.
124. De La Guardia , Ruvalcaba. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020 junio; 5(1). DOI: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
125. Hernández-Sampieri R. *Metodología de la investigación*. Primera edición ed. Ciudad de México: McGraw-Hill S.A.; 2018.
126. Cifuentes. Tendencias en metodología de investigación en Psicoterapia: Una aproximación epistemométrica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2019 julio; 15(2). DOI: <https://doi.org/10.15332/22563067.3856>

127. Pereyra. Metodología de la investigación. Klik. Segunda edición ed. CANIEM Mdl, editor. Ciudad de México: Klik soluciones educativas S.A.; 2022.
128. Jiménez. Impacto de la investigación cuantitativa. Convergence Tech. 2020 marzo; 4(4). Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/352750927_IMPACTO_DE_LA_INVESTIGACION_CUANTITATIVA_EN_LA_ACTUALIDAD
129. OMS. Promoción de la Salud Glosario García I, Merino B, Silva J, editors. Ginebra; 1998. Obtenido de: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
130. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica. Lima; 2012. Obtenido de: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-02/GuiaAntropometricaAdulto.pdf>
131. Quispe , Pinto D, Huaman , Bueno , Valle. Metodologías cuantitativas: Cálculo del tamaño de muestra con STATA y R. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2020 enero; 13(1). Obtenido de: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/627>
132. Feria , Matilla , Mantecón. La entrevista y la encuesta: ¿Métodos o técnicas de indagación empírica? Revista Didasc@lia. 2020 agosto; 11(3). Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692391>
133. Torres M, Paz K, Salazar F. Métodos de recolección de datos para una investigación. Boletín Electrónico. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ingeniería; 2019. Obtenido de: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/2817>

134. Ministerio de Salud. Calcular índice de masa corporal (IMC) en adultos. [Online].; 2021 [cited 2023 mayo 11. Available from: <https://www.gob.pe/14806-calcular-indice-de-masa-corporal-imc-en-adultos>.
135. Pire, A. Instrumento para evaluar la relación escuela-familia en el proceso educativo virtual provocado por la Covid-19. Conrado. 2020 noviembre; 16(77). DOI: <https://orcid.org/0000-0003-4453-3338>
136. Alonso J, Cols. Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2). Ficha técnica. España; 2003. Obtenido de: <https://ginvestigaciontmo.com/wp-content/uploads/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>
137. Del Carpio h, Del Carpio P, García F, Del Carpio S. Validez de instrumento: percepción del aprendizaje virtual durante la CoVId-19. Campus Virtuales. 2021 julio; 10(2). Obtenido de: <http://uajournals.com/ojs/index.php/campusvirtuales/article/view/879>
138. Tiol A. Aspectos legales del consentimiento informado en odontología. Revista ADM. 2021 marzo; 78(2). DOI: 10.35366/99282
139. Ministerio de Salud (MINSA). Consideraciones éticas. Resolución ministerial 233-2020-MINSA. Lima: Ministerio de Salud, Ministerio de Salud; 2020. Obtenido de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/541139-233-2020-minsa>