

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR
EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA DE UN HOSPITAL
PÚBLICO DE CAÑETE, 2025**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

YAURI FLORES JENNIFER ABIGAIL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

CHINCHA – PERÚ

2025

ASESORA: MG. ANCHANTE ROJAS GLORIA YSABEL
ORCID: 0009-0002-7480-0951

TESISTA: YAURI FLORES JENNIFER ABIGAIL
ORCID: 0009-0002-9870-1966

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD GLOBAL

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por ser mi fortaleza en cada paso de mi formación profesional, y permitirme alcanzar esta meta universitaria.

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Por haberme otorgado la preparación académica en la carrera de enfermería y por inspirar en mí el compromiso y vocación de servicio.

Al Hospital Rezola Cañete

Por hacer posible la realización de este estudio y brindarme el apoyo requerido en la utilización de los instrumentos de investigación.

A mi asesora

Por aplicar sus conocimientos metodológicos en la elaboración de esta investigación, fortaleciendo cada fase con rigor académico.

DEDICATORIA

A mis padres y abuela materna, por su apoyo inquebrantable durante mi formación, guiarme con amor y sabiduría hacia el cumplimiento de mis metas, y ser el pilar que transformó cada sacrificio en fortaleza para alcanzar este logro.

RESUMEN

Introducción: La población adulta mayor está atravesando una etapa de gran fragilidad que requiere hábitos adecuados para preservar su calidad de vida, a través de la adopción de estilos de vida saludables y el mantenimiento de un estado nutricional normal.

Objetivo: Establecer la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025. **Metodología:** El estudio enmarca un enfoque aplicado, de alcance correlacional, de diseño transversal y carácter prospectivo, la población fue 676 y la muestra 246 adultos mayores, se aplicó como técnica la encuesta y como instrumentos un cuestionario con confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.91; y una ficha de valoración nutricional, basado en las tablas del MINSA.

Resultados: El 67% de los adultos mayores presentó estilos de vida no saludables y el 33% estilos de vida saludables, respecto al estado nutricional el 35% presentó sobrepeso, el 27% fue normal, el 23% tuvo obesidad y el 15% delgadez, la correlación de las variables fue significativa y positiva, obtenido mediante la prueba no paramétrica de Rho de Spearman $r=0.823$, con un nivel de significancia de 0.000, siendo menor a 0.05.

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

ABSTRACT

Introduction:The older adult population is going through a period of great fragility that requires appropriate habits to preserve their quality of life through the adoption of healthy lifestyles and maintaining a normal nutritional status. **Aim:** To establish the relationship between lifestyles and the nutritional status of older adults in an outpatient clinic at a public hospital in Cañete, 2025. **Methodology:**The study used an applied approach, correlational in scope, cross-sectional in design, and prospective in nature. The population was 676 and the sample consisted of 246 older adults. The technique used was a survey, and the instruments used were a questionnaire with a Cronbach's alpha reliability of 0.91; and a nutritional assessment form, based on MINSAs tables. **Results:**67% of older adults had unhealthy lifestyles and 33% had healthy lifestyles. Regarding nutritional status, 35% were overweight, 27% were normal, 23% were obese and 15% were thin. The correlation of the variables was significant and positive, obtained through the non-parametric Spearman's Rho test $r=0.823$, with a significance level of 0.000, being less than 0.05.

Keywords: Lifestyle, nutritional status, older adult.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores representan un grupo etario particularmente vulnerable, debido a procesos fisiológicos asociados al envejecimiento que incrementan la susceptibilidad a alteraciones en su salud, por ello los estilos de vida adquieren relevancia, al englobar prácticas relacionadas con la alimentación, la actividad física y el autocuidado responsable; no obstante, su adopción no saludable repercute directamente en el estado nutricional, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas, comprometiendo la calidad y esperanza de vida de esta población.

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor atendido en consulta externa de medicina del Hospital Regional Rezola de Cañete, con el propósito de identificar la asociación existente entre ambas variables, considerando su influencia directa en la calidad de vida, generando evidencia científica que permita diseñar estrategias de intervención efectivas y fortalecer las acciones de preventivos-promocionales en el segundo nivel de atención.

El presente trabajo se organizó en una estructura académica y dividida en un total de cinco capítulos: Capítulo I: El Problema, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Metodología de la Investigación, Capítulo IV: Resultados, Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR Y TESISTA	ii
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
INDICE.....	ix
INFORME ANTIPLAGIO.....	xi
LISTA DE TABLAS	xiv
LISTA DE GRÁFICOS	xv
LISTA DE ANEXOS.....	xvi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. GENERAL.....	3
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE ESTA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS.....	5
1.6.1. GENERAL.....	5
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	5
1.7. HIPÓTESIS.....	5
1.7.1. GENERAL.....	5
1.7.2. ESPECÍFICAS	6
1.8. PROPÓSITO.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASES TEÓRICAS	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	12
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	23
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	23

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	23
3.2. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	24
3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	24
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
3.6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.7. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	27
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	27
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	29
4.1. RESULTADOS.....	29
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
5.1. DISCUSIÓN	47
5.2. CONCLUSIONES.....	53
5.3. RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	68

INFORME ANTIPLAGIO

JENNIFER ABIGAIL YAURI FLORES TESIS - YAURI FLORES JENNIFER ABIGAIL

 TESIS - JENNIFER ABIGAIL YAURI FLORES

Detalles del documento

Identificador de la entrega:
0000001171320716222

Fecha de entrega:
30 oct 2025, 17:24 GMT-5

Fecha de descarga:
30 oct 2025, 17:14 GMT-5

Nombre del archivo:
TESIS - JENNIFER ABIGAIL YAURI FLORES ok.docx

Tamaño del archivo:
1.2 MB

158 páginas

17.641 palabras

153.486 caracteres

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes siguientes, para el...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 7% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajo del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar coincidencias que permitan distinguir de una manera normal. Si se ven tres días o más, lo marcamos como una alerta para que pueda revisar. Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y lo revise.

*% detectado como IA

La detección de IA incluye la posibilidad de que haya falsas positivas. Aunque cierto texto en esta entrega se generó probablemente con IA, los puntajes inferiores al umbral del 20 % no aparecen porque tienen una mayor probabilidad de falsas positivas.

Probabilidad de revisión revisada

Es esencial comprender los límites de la detección de IA antes de tomar decisiones acerca del trabajo de los estudiantes. Te alentamos a obtener más información acerca de las funciones de detección de IA de Turnitin antes de usar la herramienta.

Nota legal

Turnitin y sus socios de tecnología con IA están diseñados para ayudar a los estudiantes e identificar temas que podrían haberse generado mediante una herramienta de IA generativa. Se pueden usar estos resultados de escritura con IA, los puntajes de IA y otros datos de IA para determinar la probabilidad de que identifique un documento o documento probablemente generado por Turnitin como generado por IA, y evaluaciones probablemente generadas por IA como generadas por Turnitin, por lo que no deben usarse como único fundamento para evaluar calificaciones, o un estudiante. Para determinar si es un caso de integridad académica, se revisará de forma exhaustiva el trabajo y el juicio humano, junto con la aplicación de las políticas académicas específicas de la organización.

Preguntas frecuentes

¿Cómo debería interpretar los falsos positivos y el porcentaje de escritura con IA de Turnitin?

El porcentaje que se muestra en el reporte de escritura con IA es la cantidad del texto calificado en la entrega que el modelo de detección de escritura con IA de Turnitin determina se generó probablemente con IA desde un modelo de lenguaje de gran tamaño.

Los falsos positivos (que marcan incorrectamente alertas de texto escrito por humanos como generado por IA) son una posibilidad en los modelos de IA.

Los puntajes de detección de IA inferiores al 20 %, que no aparecen en reportes suaves, tienen una mayor probabilidad de ser falsos positivos. Para reducir la probabilidad de malinterpretación, no se atribuye ningún puntaje o resabado y se indican con un asterisco en el reporte (*%).

El porcentaje de escritura con IA no debe ser el único fundamento para determinar si ha ocurrido una mala conducta. El revisor/instructor debería usar el porcentaje como un medio para iniciar una conversación formativa con los estudiantes o usarlo para evaluar el ejercicio entregado según las políticas de la escuela.

¿Qué significa "texto calificado"?

Nuestro modelo sólo procesa texto calificado en la forma de escritura de formato largo. La escritura de formato largo se refiere a los ensayos individuales en párrafos que constituyen una parte más grande del trabajo escrito, como un ensayo, una disertación, un artículo, etc. El texto calificado que se ha determinado que se generó probablemente con IA se resaltará en color cyan en la entrega.

Si texto no calificado, como citas, bibliografías comentadas, etc., no se procesará y puede crear disparidad entre los puntos destacados de la entrega y el porcentaje mostrado.



LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Datos generales del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	30
Tabla 2	Relación entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	31
Tabla 3	Prueba de normalidad.	40
Tabla 4	Correlación y prueba de hipótesis general.	41
Tabla 5	Correlación entre la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.	42
Tabla 6	Correlación entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.	43
Tabla 7	Correlación entre el manejo del estrés y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.	44
Tabla 8	Correlación entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.	45
Tabla 9	Correlación entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.	46
Tabla 10	Correlación entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.	47

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Estilos de vida del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	32
Gráfico 2	Alimentación del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	33
Gráfico 3	Actividad física del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	34
Gráfico 4	Manejo del estrés del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	35
Gráfico 5	Soporte interpersonal del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	36
Gráfico 6	Autorrealización del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	37
Gráfico 7	Responsabilidad en salud del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	38
Gráfico 8	Estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.	39

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO 1	Operacionalización de variables	68
ANEXO 2	Diseño muestral	73
ANEXO 3	Instrumentos	74
ANEXO 4	Confiabilidad del instrumento	79
ANEXO 5	Escala de valoración del instrumento	80
ANEXO 6	Consentimiento informado	82
ANEXO 7	Matriz de consistencia	84
ANEXO 8	Carta de presentación	88
ANEXO 9	Autorización	89
ANEXO 10	Base de datos	90

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, en el 2024 calculó que para el año 2030, una de cada seis personas superará los 60 años, evidenciándose el incremento de la esperanza de vida. Los cambios fisiológicos, metabólicos, los estilos de vida y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles afectan negativamente el estado nutricional, deteriorando la salud de la población adulta mayor y existen 142 millones que no disponen la autonomía de satisfacer sus propias necesidades básicas.

La OMS² en el 2025, refiere que al 2050 los adultos mayores se duplicarán a 2.100 millones, el 80% residirán en países con ingresos medios y bajos, elevándose del 12% al 24% a nivel global. Un estudio en España el 2022, reveló mayor prevalencia de obesidad mórbida en mujeres con 40,1% y 32,5% en varones; otro estudio en India el 2024 el 40,4 % de los adultos mayores no realizaba ejercicio físico y el 47% tuvo patrones alimentarios inadecuados, reflejando un estilo de vida poco saludable y riesgo de malnutrición.^{3,4}

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁵ el 2023, destacó que la tasa de mortalidad en personas de 65 años a más en las Américas alcanzó el 88%, debido a enfermedades crónicas no transmisibles, donde el 50% de los adultos mayores presentaron inactividad física. Un estudio en Paraguay evidenció que el 18% tenían riesgo de malnutrición, el 64% sobrepeso y obesidad y el 3% delgadez; mientras en Ecuador el 47% consumía dulces, 29% frituras dos veces por semana y 98% presentaba bajo peso.^{6,7}

En el Perú, un informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁸ el 2024, demostró la población adulta mayor alcanzó los 4 millones 748 mil, representando el 13,9% del total de

habitantes. Un estudio en Lima el 2023 destacó que el 50% mantuvo estilos de vida inadecuados, el 47,6% desnutrición moderada y 20,2% de forma severa, demostrando practicas deficientes en alimentación, actividad física y manejo del estrés.⁹

Otro estudio realizado en Ayacucho el 2024 reveló que el 92,4% de ancianos tuvieron estilos de vida saludables y el 10,5% desnutrición, otra investigación en Huacho demostró que el 81,7% mantuvo estilos de vida inadecuados, 56,1% presentó delgadez y 13,4% sobrepeso, asociado a patologías crónicas, hábitos alimenticios inadecuados, escasa actividad física, condiciones socioeconómicas desfavorables y limitado apoyo familiar.^{10,11}

En Huaraz el 2024 demostró que los adultos mayores que el 63,6% tuvieron estilos de vida inadecuados, el 25% sobrepeso y 11,4% obesidad. Otro estudio el 2025 en Chimbote, demostró el 64% presentaron estilo de vida no saludables, el 13,7% sobrepeso, el 9,1% delgadez y 4,5% obesidad.^{12,13}

A nivel local, en el Hospital Rezola de Cañete, se evidencia que los problemas de salud de este grupo etario se originan principalmente por estilos de vida inadecuados, regido en el sedentarismo, alimentación poco equilibrada, hábitos dañinos adquiridos en la juventud como el consumo de alcohol y tabaco, contribuyendo significativamente al deterioro de su salud.

Estos factores contribuyen a que la población adulta mayor cañetana, sea vulnerable y tenga una mayor predisposición a desarrollar complicaciones derivadas de enfermedades crónicas, siendo los estilos de vida un aspecto crucial que repercuten desfavorablemente en el estado nutricional. Ante lo mencionado anteriormente, se formula la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuál es la relación entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?

1.2.2. ESPECÍFICOS

¿Cuál es la relación entre la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina un Hospital Público de Cañete 2025?

¿Cuál es la relación entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?

¿Cuál es la relación entre el manejo de estrés y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?

¿Cuál es la relación entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?

¿Cuál es la relación entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?

¿Cuál es la relación entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Desde una perspectiva teórica, los hallazgos de esta investigación fortalecen el modelo de enfermería de Nola Pender, basado en la promoción de la salud, aportando con información fiable acerca de los estilos de vida y estado nutricional de la población adulta mayor,

permitiendo tomar decisiones informadas de acuerdo al contexto, así como implementar estrategias orientadas a fomentar hábitos saludables y prevenir complicaciones de enfermedades crónicas, con el fin de mejorar la calidad de vida.

La práctica se justificó porque el estudio permitió obtener resultados actuales de gran relevancia sobre la influencia de los estilos de vida en el estado nutricional en esta población, generando información valiosa para los profesionales de salud y las autoridades institucionales para mitigar la problemática encontrada, además de ejecutar intervenciones preventivo-promocionales orientadas a fortalecer el autocuidado y promover hábitos saludables en el adulto mayor.

Esta investigación empleó instrumentos validados, basándose en la aplicación del método científico, lo que convierte sus resultados en un referente a futuras investigaciones nacionales, regionales o locales de esta índole, orientadas a aportar soluciones según los problemas identificados.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio fue efectuado en el Hospital Regional Rezola, localizado en el distrito de San Luis Manzana B, Lote 1, Fundo Don Luis Agrario, provincia de Cañete, Departamento de Lima, establecimiento II-2, cuyo horario atención abarca 24 horas.

Se consideró como población a los adultos mayores de 60 años que acudieron a consultorio externo de Medicina, las cuales incluyen los servicios de: Medicina interna, Cardiología, Gastroenterología, Nefrología, Urología, Ginecología, Endocrinología, Otorrinolaringología, Neumología, Neurología y Oftalmología. Asimismo, la aplicación de los instrumentos de investigación se efectuó en los meses de agosto a septiembre del año 2025.

1.5. LIMITACIONES DE ESTA INVESTIGACIÓN

Dentro de las limitaciones de este estudio, se tomaron en cuenta la disponibilidad y predisposición de tiempo de los adultos mayores que acudieron al servicio de consultorio externo de Medicina para participar en la aplicación de los instrumentos de investigación, así como los retrasos administrativos en la aprobación del Comité de Ética Institucional y la autorización del Hospital Regional Rezola.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar la relación entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

1.6.2. ESPECÍFICOS

Establecer la relación entre la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Establecer la relación entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Establecer la relación entre el manejo de estrés y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Establecer la relación entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Establecer la relación entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Establecer la relación entre la responsabilidad en salud y el estado

nutricional del adulto mayor en consulta externa de un Hospital Público de Cañete 2025.

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. GENERAL

H1: Existe relación significativa entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

H0: No existe relación entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

1.7.2. ESPECÍFICAS

Existe relación significativa entre la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Existe relación significativa entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Existe relación significativa entre el manejo de estrés y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Existe relación significativa entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Existe relación significativa entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Existe relación significativa entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

1.8. PROPÓSITO

Esta investigación tuvo como propósito analizar cómo los estilos de vida y el estado nutricional influyeron en la calidad de vida del adulto mayor con el fin de proporcionar información actualizada y real sobre la problemática sanitaria de este grupo etario, cuyos resultados obtenidos permitieron desarrollar un abordaje integral enfocado a disminuir factores de riesgo y prevenir enfermedades, a través de programas educativos que contribuyeron a potenciar la salud de esta población.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Luna y Barrera¹⁴, en el 2024 efectuaron un estudio con metodología cuantitativa, estructurado como transversal y correlacional, su objetivo fue analizar la asociación entre la calidad de vida y el estado nutricional de los adultos mayores que recibían atención en la Unidad de Medicina Familiar N.º 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se conformó una población de 18 101 adultos mayores y una muestra de 194 seleccionados, se utilizó la encuesta como técnica e instrumentos dos cuestionarios. Entre los hallazgos obtenidos, se identificó que el 49,0% de los participantes correspondía al sexo masculino; y 51,0 % mujeres que comprendían las edades de 60 a 80 años, asimismo, el 59,6% manifestó riesgo de malnutrición, el 38,9% estado nutricional normal y el 1,6% malnutrición; se demostró relación baja entre ambas variables mediante la prueba de V de Cramer ($r=0.255$) y coeficiente de contingencia ($r=0.247$) ($p<0.05$).

Encarnación y Llumiguano¹⁵, en el 2024 efectuaron un estudio con metodología cuantitativa, estructurado como transversal y correlacional, su objetivo determinar la relación existente entre la condición nutricional y los niveles de actividad física en las personas de edad avanzada que asisten al Centro de Salud del Cantón Montalvo-Ecuador, la investigación tuvo una población total de 204 adultas mayores, de las cuales se seleccionó una muestra conformada por 160 participantes. Para la recolección de la información se aplicó la técnica de encuesta, empleándose como instrumentos dos cuestionarios. Los resultados manifestaron que el 55.0% presentó peso normal; el 29.39% obesidad y sobrepeso y; sólo el 15.60% bajo peso, de igual modo, la práctica de actividad física fue en un 86.88% y el 13.13% no lo realizó, se demostró relación entre ambas variables estudiadas mediante la prueba de Chi Cuadrado ($p=0.0289$) ($p<0.05$).

Velasco y Velazquez¹⁶, en el 2023 efectuaron un estudio con metodología cuantitativa, estructurado como transversal y correlacional, su objetivo fue evaluar el riesgo nutricional y los hábitos alimentarios en los adultos mayores del Centro de Atención Integral para grupos prioritarios, Ibarra-Ecuador, se consideró una población total y muestra de 60 adultos mayores, empleando como técnica la encuesta y como instrumentos dos cuestionarios. Los resultados mostraron que el 53.33% pertenecieron al género masculino y el 46.67% al femenino, en relación al IMC, el 20.0 % presentó delgadez, el 43.33% fue normal y el 36.67% tuvo sobrepeso y obesidad, respecto a la calidad de alimentación fue mala en un 96.67% y solo el 3.33% fue buena, finalmente no se demostró asociación entre las variables de estudio mediante la prueba exacta de Fisher ($p=1.000$) ($p>0.05$).

Guamán y Prado¹⁷, en el 2023 efectuaron un estudio con metodología cuantitativa, estructurado como transversal y correlacional, su objetivo fue analizar la relación entre el estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores de la parroquia Jerusalén del cantón Biblián-Ecuador, la población total y muestra fue de 240 adultos mayores, la técnica empleada fue la encuesta y los instrumentos dos cuestionarios. Los resultados indicaron que el 99.2% tuvo un estado de salud medio saludable y el 0.8% fue saludable, en relación al estado nutricional el 41.1% presentó peso normal, el 38.8% sobrepeso, el 11.3% bajo peso y el 0.8% obesidad I, no se demostró relación significativa entre las variables estudiadas mediante la prueba de correlación de Pearson ($p=1.000$) ($p>0.05$).

Linares y Quintero¹⁸, en el año 2022 realizaron un estudio de enfoque cuantitativo y correlacional, con el objetivo de determinar la relación entre el estado nutricional y estilo de vida del adulto mayor, Ambulatorio Belén, Municipio Libertador del Estado de Mérida-Venezuela, la población y muestra fueron de 149 adultos mayores, la técnica aplicada fue la encuesta y los instrumentos fueron dos

cuestionarios, escala de estilo de vida y Test Mini Nutricional Assessment (MNA). Los resultados evidenciaron que el 79.0% tuvo estado nutricional satisfactorio, el 46.3% riesgo de malnutrición y el 0.7% malnutrición, en relación a los estilos de vida el 90.6% fueron no saludables y solo el 9.39% fueron saludables, se demostró relación significativa entre ambas variables de estudio mediante la Prueba de Chi cuadrado ($p=0.007$) ($p<0.05$).

Miranda¹⁹, en el año 2024 realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal y diseño correlacional con el objetivo de determinar la relación entre estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del Asentamiento Humano Molino Cajanleque en Chocope-Trujillo, se consideró una población de 280 adultos mayores y la muestra estuvo constituida por 162, aplicando como técnica la encuesta y entrevista, y como instrumento un cuestionario y una tabla de valoración nutricional. Los resultados mostraron que el 58.6% presentó estilo de vida saludable y el 41.4% fue no saludable, respecto a la valoración nutricional, según IMC, el 59.3% fue normal, el 21.0% tuvo sobrepeso, 11.1% delgadez y 8.6% obesidad, se demostró relación entre las variables estudiadas a través de la Prueba de Chi cuadrado ($p=0.0001$) ($p<0.05$).

Espinoza²⁰, en el 2024 efectuó un estudio con metodología cuantitativa, estructurado como transversal y correlacional, su objetivo fue determinar la relación existente entre los hábitos de vida y la estado nutricional de las personas adultas mayores pertenecientes al Centro Poblado de Chontayoc, en el distrito de Independencia, región Áncash, se desarrolló con una población y muestra integrada por 110 adultos mayores, aplicándose como técnica de recolección de datos la encuesta, un cuestionario y tabla de valoración nutricional como instrumentos, los hallazgos mostraron que el 64,5% de los evaluados mantenían un estilo de vida poco saludable, mientras que solo el 35,5% presentaba prácticas consideradas favorables. En cuanto a la condición nutricional, el 40,0% evidenció sobrepeso, el 30,9% alcanzó

parámetros normales, el 19,1% reflejó delgadez y un 10,0% presentó obesidad, a través del análisis estadístico con la prueba de Chi cuadrado se confirmó una asociación significativa entre las variables, con un valor $p=0.016$ ($p<0.05$), lo cual valida la relación planteada en el estudio.

Ipanaque²¹, en el 2024 ejecutó una investigación que tuvo enfoque cuantitativo con diseño descriptivo y correlacional, cuyo propósito fue identificar la relación existente entre los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores residentes en el Asentamiento Humano San Martín, perteneciente al distrito Veintiséis de Octubre, en la región Piura, unidad de estudio estuvo integrada por 120 adultos mayores, para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta, utilizando como instrumentos principales un cuestionario y una tabla de valoración basada en el índice de masa corporal (IMC). Los resultados demostraron que el 87.5% tuvieron estilos de vida no saludables y el 12.5% saludables, en el estado nutricional el 45.0% presentó sobrepeso, el 40.8% peso normal, el 11.7% obesidad y el 2.5% delgadez, no se demostró relación significativa entre las variables de estudio a través de la Prueba de Chi Cuadrado ($p=0.560$) ($p>0.05$).

Ramón²², en el 2023 efectuó un estudio con metodología cuantitativa, estructurado como transversal y correlacional, su objetivo fue determinar la relación del estilo de vida y estado nutricional del adulto en un Hospital Nacional del III nivel de Lima, la población y muestra fue constituida por 100 adultos mayores, aplicó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario y ficha nutricional, los resultados evidenciaron que el 61.0% tuvo un estilo de vida saludable y el 39.0% no saludable, en las dimensiones de alimentación y actividad física fueron saludables en un 53% y no saludables en un 47.0% respectivamente, en el manejo del estrés fue no saludable en un 61.0% y saludable en un 39.0%, en el apoyo interpersonal fue saludable en un 72.0% y no saludable en un 28.0%, en la

autorrealización fue saludable en un 65.0% y no saludable en un 35.0%, y en la responsabilidad en salud fue saludable en un 62% y no saludable en un 38.0%; por otro lado, el 52.0% presentó estado nutricional normal, 17.0% obesidad, 16.0% sobrepeso y 15.0% delgadez, se demostró relación no significativa entre las variables estudiadas a través de la Prueba de Rho de Spearman $r=0.177$ y $p=0,078$ ($p>0.05$).

Caso²³, en el 2023 efectuó un estudio con metodología cuantitativa, estructurado como transversal y correlacional, su objetivo fue determinar la relación del estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el Puesto de Salud Huayhuay en Junín, la población y muestra fue de 75 adultos mayores, aplicó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario y ficha de evaluación nutricional. Los resultados revelaron que el 76.0% fueron estilos de vida saludables y el 24.0% no saludables, en relación a la alimentación fue no saludable un 66.0% y saludable un 34.0%, en la actividad y ejercicio fue no saludable en un 62.0%, y saludable un 38.0%, en el manejo del estrés fue no saludable un 80.0% y saludable un 20.0%, en el apoyo interpersonal fue saludable un 90.0% y no saludable un 10.0%, en la autorrealización fue saludable un 94.0% y no saludable un 6.0%, y en la responsabilidad en salud fue saludable un 74.0% y no saludable un 26.0%; respecto al estado nutricional el 76.0% fue normal, el 22.0% tuvo bajo peso y el 2.0% sobrepeso. Se demostró relación en un nivel alto entre las variables estudiadas mediante la Prueba de Chi cuadrado ($p=0.000$) ($p<0.05$).

2.2. BASES TEÓRICAS

TEORÍA DE PROMOCIÓN DE SALUD DE NOLA PENDER

Esta investigación se sustenta en la propuesta teórica de Promoción de la Salud de Nola Pender²⁴, el cual fundamenta que las conductas humanas están orientadas por la motivación personal con el fin de optimizar el bienestar y conseguir el máximo desarrollo de las

capacidades individuales. Asimismo, propone un modelo de atención enfocado en analizar los factores influyentes en la toma de decisiones en salud, facilitando estrategias promotoras de autocuidado y el mantenimiento de estilos de vida saludables.²⁴

Asimismo, plantea un enfoque integral para explicar la naturaleza multidimensional del adulto mayor en su conexión con el medio, mientras busca conseguir un estado de salud óptimo. Desde esta perspectiva, se considera que las características personales, los conocimientos adquiridos a lo largo de la trayectoria vital, y los factores cognitivos y emocionales asociados a las conductas determinan la predisposición del individuo a involucrarse activamente en prácticas o comportamientos en salud.²⁵

Por otro lado, respecto a los metaparadigmas que sustentan el Modelo teórico de Pender, el adulto mayor es el individuo y el centro de esta investigación, cuyas conductas están definidas singularmente en un esquema cognitivo-perceptual y sus variables circunstanciales.²⁶

En relación al entorno, se considera el medio o espacio físico donde ocurren la interacción de los aspectos cognoscitivos-perceptuales, y los componentes que condicionan la adopción de comportamientos saludables del adulto mayor. Por otro lado, la salud es el estado altamente positivo que se quiere alcanzar a través de un compromiso de acción y conciencia conductual.²⁶

Y finalmente, enfermería, cuya responsabilidad abarca en la ejecución de los cuidados sanitarios a través de la educación y promoción de salud en el adulto mayor, el profesional de enfermería se erige como el primordial actor encargado de incentivar a los adultos mayores a favorecer su salud personal, a través de la autorreflexión, y la modificación de comportamientos hacia hábitos más saludables y, por ende, favorecer su estado nutricional.²⁶

2.3. MARCO CONCEPTUAL

ESTILOS DE VIDA

Conjunto de conductas determinadas por la influencia de factores personales, ambientales y condiciones socioeconómicas en los adultos mayores, asociados a sus necesidades básicas que pueden favorecer o perjudicar directamente la salud individual. Estos comportamientos están estrechamente vinculados con las oportunidades o limitaciones acumuladas a lo largo de las etapas previas de vida, la que incide de manera directa en su calidad de vida.²⁷

Desde el abordaje del Modelo de Promoción de la Salud, se reconoce como un determinante de la salud que puede ser modificable. En esta etapa de la vejez, prácticas como alimentación y nutrición saludable, actividad física, salud mental y habilidades para la vida son relevantes, ya que están orientadas a mantener su funcionalidad, evitando de esta manera la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, fortaleciendo su autocuidado y el mantenimiento de un estado nutricional adecuado, contribuyendo así una mejor la calidad de vida.²⁸

Alimentación

Proceso fisiológico de la ingesta de alimentos mediante el cual el organismo absorbe y metaboliza nutrientes para generar de energía, preservar la masa muscular-ósea y prevenir el deterioro orgánico en el adulto mayor. Durante esta etapa, esta práctica se caracteriza por la selección adecuada entre la calidad, cantidad y frecuencia del consumo alimentario para mantener un estado nutricional óptimo.²⁹

La alimentación y nutrición saludable del adulto mayor es esencial para la preservación de su salud, implica el consumo de una dieta equilibrada, variada y adecuada a sus necesidades fisiológicas que contribuya a prevenir el déficit o exceso nutricional, reducir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y promover la salud integral, contribuyendo así a una mejor calidad de vida durante el envejecimiento.³⁰

Frecuencia de la alimentación: Cantidad y distribución diaria de las comidas consumidas, de acuerdo al Instituto Nacional de Salud (INS)³¹ incluye la ingesta de las tres comidas principales: desayuno, almuerzo más un refrigerio en la media tarde. Este consumo se adapta específicamente a las necesidades nutricionales, capacidad masticatoria y procesos digestivos del adulto mayor, priorizándose el consumo de alimentos constructores, reguladores y energéticos.

Consumo de agua, vegetales y frutas: Ingesta diaria de líquidos entre 6-8 vasos de agua y el cumplimiento de las porciones recomendadas de verduras (3 porciones/día) y frutas (4 porciones/día) en adultos mayores, según los lineamientos del Instituto Nacional de Salud (INS)³¹, lo cual cubre el 20-25% del requerimiento calórico diario de 1950 kcal, además de proporcionar fibra dietética 25-30g/día, vitaminas esenciales y electrolitos.

Consumo de alimentos sin preservantes: Selección y consumo habitual de productos en estado natural o mínimamente procesados, excluyendo aquellos que contengan aditivos conservantes artificiales como benzoatos, nitritos y sulfitos, la cual reduce los riesgos metabólicos e inflamatorios en personas mayores de 60 años.³²

Lectura de alimentos empaquetados, conservados o enlatados: Habilidad del adulto mayor para interpretar correctamente la información nutricional del etiquetado frontal y lista de ingredientes en productos procesados, identificando contenido de sodio, azúcares añadidos, grasas saturadas y aditivos, priorizando aquellos con menor grado de procesamiento y libres de sellos de advertencia u octógonos.³³

Actividad física

Conjunto de movimientos corporales generado por los tejidos musculoesqueléticos que implica el consumo de energía mediante procesos anaeróbicos y aeróbicos. Esta actividad favorece el equilibrio, la resistencia, movilidad, y el estado psicosocial del adulto mayor, su

práctica diaria y semanal contribuye a preservar la salud ósea, cardiovascular y cognitiva, previniendo el deterioro funcional asociado al envejecimiento.³⁴

La incorporación de la actividad física en la rutina diaria del adulto mayor de adaptarse a sus capacidades individuales, a través de caminatas, realización de deporte y ejercicio al aire libre, actividades recreativas o deportes adaptados. Esta práctica previene enfermedades cardiovasculares, sedentarismo, estrés y ansiedad, cuya efectividad radica en la combinación de ejercicios estructurados con actividades cotidianas para garantizar su adherencia a largo plazo y así promover un envejecimiento activo y saludable.³⁴

Tiempo de ejercicio físicos: Duración dedicada a movimientos planificados, estructurados y repetitivos. En adultos mayores, la Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁵ recomienda al menos 150 minutos semanales para la realización de actividades moderadas, o en actividades vigorosas alrededor de 75 minutos, incluyendo ejercicios aeróbicos, fortalecimiento muscular y equilibrio, adaptados a sus capacidades.

Práctica de actividades diarias: Movimientos cotidianos no estructurados que incrementan el gasto energético, como caminatas o tareas domésticas. La OMS³⁵ recomienda que los adultos mayores realicen sesiones de 3 a 5 veces por semana y en ejercicios de equilibrio y fuerza muscular 2 o más días a la semana para prevenir caídas y mantener la capacidad funcional.

Manejo del estrés

Conjunto de estrategias de afrontamiento ante situaciones de tensión para conservar el equilibrio emocional, físico o cognitivo del adulto mayor ante estresores internos o externos para preservar su equilibrio integral a través de técnicas relajación, meditación, actividad física regular y participación en actividades recreativas que promuevan una adaptación saludable ante los cambios propios de esta etapa.³⁶

Además, este proceso implica el desarrollo de habilidades de afrontamiento activo, donde el adulto mayor interpreta los desafíos como oportunidades de crecimiento en lugar de amenazas, facilitando así una gestión proactiva del estrés. La adopción de estilos de vida saludables como una alimentación balanceada, interacciones sociales significativas y la práctica de ejercicio físico refuerza su resiliencia, reduciendo el impacto negativo de los estresores ambientales e internos en su calidad de vida.³⁶

Situaciones y sentimientos de tensión o preocupación: Estados emocionales caracterizado por inquietud, nerviosismo o malestar psicológico ante situaciones percibidas como amenazantes. En adultos mayores, suele relacionarse con problemas de salud, pérdida de autonomía o aislamiento social, lo que afecta significativamente la calidad de vida y puede derivar en trastornos de ansiedad.³⁷

Soluciones frente a la tensión o preocupación: Estrategias para manejar el estrés que incluyen actividad física regular, técnicas de relajación y mantenimiento de redes sociales de apoyo, a través de intervenciones psicoeducativas y promoción de pasatiempos para mejorar la resiliencia emocional en este grupo etario.³⁸

Práctica de actividades de relajación: Técnicas estructuradas como respiración consciente, meditación o yoga, destinadas a reducir el estrés y mejorar el bienestar emocional. La OMS³⁹ recomienda su implementación regular de 2-3 veces por semana para manejar la ansiedad y promover la salud mental en este grupo etario.

Soporte interpersonal

Conjunto de interacciones sociales significativas, y afectivas que facilita la integración familiar y comunitario del adulto mayor, la cual ejerce una influencia emblemática en su desarrollo personal a través de red de apoyo constante, favoreciendo su participación en grupos e integrando actividades laborales, de ocio o lúdicas de una forma apropiada.⁴⁰

Asimismo, influye directamente en los estilos de vida de este grupo

etario al potenciar su socialización de forma activa, lo que favorece su bienestar físico, emocional y sentido de pertenencia necesario para afrontar los desafíos propios de la edad que contribuya a contrarrestar estereotipos y estigmatizaciones negativas sobre la vejez, promoviendo su autonomía y una mejor calidad de vida.⁴⁰

Relaciones interpersonales: Interacciones recíprocas, sociales y significativas que favorecen el bienestar emocional y cognitivo, incluyendo interacciones con familiares, amigos y cuidadores. Asimismo, el fomento activo de estos vínculos contribuye en la disminución del deterioro cognitivo y la depresión en este grupo etario.⁴¹

Comunicación de deseos e inquietudes: Proceso interactivo donde el adulto mayor expresa necesidades emocionales, físicas y preferencias de cuidado, lo que le permite obtener una atención centrada e individual mediante la escucha activa.⁴²

Autorrealización

Estado de plenitud subjetiva del adulto mayor, alcanzado a partir del reconocimiento y valoración de los logros personales obtenidos a lo largo del ciclo vital, donde se fortalece su identidad y expresión individual, a través de la experiencia, conocimientos, valores y espiritualidad, lo que permite participar activamente en la sociedad y encontrar satisfacción en su existencia.⁴³

Asimismo, refleja la capacidad del adulto mayor de mantener un estilo de vida saludable de manera autónoma promoviendo su sentido de propósito mediante el desarrollo de proyectos personales, apoyo familiar y transmisión de experiencias. Esto beneficia su bienestar emocional y adaptación frente a los cambios propios de la edad, manteniendo un compromiso sólido en el entorno familiar y social en roles significativos, reforzando así su identidad y satisfacción vital.⁴³

Satisfacción con lo realizado en su vida, y con las actividades actuales: Valoración positiva subjetiva que el propio adulto mayor percibe de sus logros acumulados a lo largo del ciclo vital y de su situación presente,

incluyendo el reconocimiento de metas cumplidas, el goce de sus actividades actuales, ya sean sociales, recreativas o productivas⁴⁴.

Práctica de actividades de desarrollo personal: Participación activa en intervenciones que fomentan el crecimiento individual, tales como talleres educativos, actividades artísticas, ejercicio físico adaptado, u otras habilidades que buscan mantener la autonomía, estimulación cognitiva y bienestar psicosocial del adulto mayor.⁴⁵

Responsabilidad en salud

Capacidad y compromiso individual del adulto mayor de tomar decisiones autónomas y consientes relacionadas a la adopción de hábitos saludables, evitando conductas de riesgo y modificando factores ambientales que pueden afectar su salud, lo cual implica una participación activa en su autocuidado a través de la asistencia regular a controles médicos, campañas de salud, adherencia al tratamiento y evitando el consumo de sustancias nocivas.⁴⁶

De igual modo, se manifiesta en la adopción de un estilo de vida saludable mediante la autogestión proactiva de la salud a través de la prevención, detección precoz de enfermedades crónicas no transmisibles, el mantenimiento de redes de apoyo familiares y comunitarias, y participación en actividades que fomenten su bienestar integral garantizando así una mejor calidad de vida en esta etapa.⁴⁶

Asistencia periódica: Participación regular del adulto mayor en citas médicas programadas y actividades preventivas como campañas de salud, sesiones educativas o demostrativas, entre otros, con una frecuencia mínima de tres o seis meses, según su condición clínica.⁴⁷

Asistencia ante alguna molestia de la enfermedad: Atención médica oportuna ante la aparición del cuadro clínico de una patología adyacente en el adulto mayor, evitando la automedicación o postergación del cuidado, refleja la capacidad del individuo de reconocer signos de alarma y actuar proactivamente.⁴⁸

Consumo de medicamentos prescritos por el médico: Adherencia estricta al tratamiento farmacológico según indicación médica, considerando dosis, horarios y duración. Refleja la corresponsabilidad entre el paciente, su red de apoyo y el equipo de salud.⁴⁹

ESTADO NUTRICIONAL

Condición fisiológica vinculado al equilibrio entre las demandas nutricionales y la ingesta alimentaria, evaluada por el índice de masa corporal (IMC), la cual está directamente influenciada por factores intrínsecos como la edad, composición corporal, patologías coexistentes; y extrínsecos como el hábitos alimentarios y actividad física. En conjunto determinan la capacidad del organismo para mantener sus funciones vitales y prevenir alteraciones metabólicas propias del envejecimiento.⁵⁰

De igual modo, la valoración del estado nutricional considera los cambios fisiológicos y físicos asociados al envejecimiento como la reducción progresiva del metabolismo basal y masa muscular, junto a la limitación en la movilidad o el aislamiento social, incrementa el riesgo de desequilibrios nutricionales, lo que hace indispensable la promoción de hábitos alimentarios y adecuados en este grupo etario.⁵⁰

Tablas de valoración nutricional, según IMC adulto mayor

El Ministerio de Salud (MINSA)⁵¹ del Perú en 2013, estableció un instrumento oficial para la evaluación nutricional del adulto mayor mediante el IMC, definiendo rangos específicos, diferenciando categorías de: Bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad. Su validez normativa se respalda en la “Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor”, sustentada en la Resolución Ministerial N° 240-2013/MINSA, constituyéndose así en un estándar nacional de referencia.

Índice de Masa corporal (IMC)

Parámetro antropométrico que expresa la correlación del peso corporal

y el cuadrado de la estatura de los adultos mayores que permite estimar la cantidad de grasa corporal y clasificarlo en rangos óptimos o patológicos asociados a la malnutrición, tales como: Delgadez, normal, sobrepeso u obesidad.⁵²

Delgadez

Categoría nutricional determinada por el déficit de masa corporal relacionada con la estatura, originado por la aportación deficiente de nutrientes en el adulto mayor, cuya medición se establece a través del índice de masa corporal (IMC) igual o menor a 23.⁵²

Esta condición está asociada a hábitos inadecuados como alimentación baja en nutrientes, dificultades para la preparación de comidas por limitaciones funcionales, lo que reduce la ingesta regular. De tal modo, la pérdida de apetito, dietas restrictivas sin supervisión por dificultad en la masticación propias del envejecimiento, aumentan el riesgo de deterioro inmunológico y de deficiencia nutricional en el organismo.⁵²

Normal

Parámetro nutricional basado en datos antropométricos de peso y talla del adulto mayor, generando un resultado normal u óptimo, donde la medida se determina IMC con valores que abarcan desde >23 a < 28 . Este óptimo estado nutricional es el resultado acumulativo de patrones conductuales sostenidos durante el ciclo vital, que incluyen: preferencias alimentarias balanceadas establecidas en edad adulta, mantenimiento de actividad física adaptada a cada etapa, y adherencia a controles preventivos.⁵²

Estos comportamientos, consolidados como hábitos a lo largo de los años, permiten al adulto mayor enfrentar eficientemente los cambios metabólicos propios del envejecimiento, manifestándose en un IMC estable y composición corporal adecuada.⁵²

Sobrepeso

Condición nutricional derivado del exceso peso corporal del adulto mayor por encima de los parámetros normales, la cual es establecida por IMC superior o igual a 28 e inferior a 32. Esta categoría surge de la interacción entre los cambios fisiológico y hábitos inadecuados tales como la disminución de actividad física por pérdida muscular progresiva, consumo excesivo de alimentos hipercalóricos y patrones alimentarios desorganizados.⁵²

Asimismo, factores como sedentarismo prolongado, ingesta insuficiente de proteínas y aislamiento social agravan el riesgo, lo cual aceleran la pérdida de autonomía funcional y aumentan la predisposición a complicaciones metabólicas.⁵²

Obesidad

Patología nutricional y metabólica originada por la acumulación excesiva de tejido adiposo en proporción a la masa corporal del adulto mayor cuya medición se establece cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) es igual o mayor a 32.⁵²

Su desarrollo deriva de un desbalance energético caracterizado por la ingesta calórica superior al gasto metabólico basal y actividad física realizada del adulto mayor. Este desequilibrio promueve complicaciones a nivel cardiovascular como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, hipertensión arterial, trastornos cerebrovasculares, deterioro cognitivo acelerado, y mayor predisposición a patologías osteoarticulares y neoplásicas.⁵²

Peso: Medición de la masa corporal valorada en kilogramos (Kg), la cual representa una medición próxima de la disponibilidad energética total almacenada en el organismo que varía según alteraciones de factores como la hidratación, el equilibrio energético y las condiciones clínicas del individuo.⁵³

Talla: Indicador antropométrico que establece la longitud vertical desde una superficie estable hasta el vértice del cráneo. Su cálculo se basa en la integración de las dimensiones longitudinales de la región axio-

apendicular, la zona cervical y la región craneal. ^{.53}

Adulto mayor

Se considera adulto mayor a toda persona que ha alcanzado los 60 años o más. De acuerdo a la OMS⁵⁴, quienes comprenden edades 60 a 74 son ancianos jóvenes, 75 a 90 como ancianos, y longevos de 90 más. Requieren de cuidados específicos acorde a sus necesidades de dependencia en desarrollo, mantenimiento de salud, derivadas del daño, secuelas o disfunciones, las cuales varían según su condición individual tales como persona adulta mayor activa saludable, enfermo, frágil y geriátrico complejo.⁵⁵

El cuidado integral del adulto mayor en los diferentes niveles de atención comprende intervenciones prioritarias en promoción de hábitos saludables en alimentación y actividad física, inmunización completa según esquema nacional, tamizaje de enfermedades crónicas no transmisibles, rehabilitación progresiva, y cuidados paliativos, acciones implementadas mediante estrategias educativas en salud y la participación del equipo multidisciplinario, adaptándose al nivel de dependencia del adulto mayor.⁵⁵

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación de este estudio es aplicada, según Hernández-Sampieri⁵⁶, busca resolver problemas concretos en contextos específicos, generando conocimiento útil para mejorar la realidad social o profesional. Por ello, estudiar los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor permite diseñar intervenciones que promuevan su bienestar integral.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según la finalidad del estudio; es correlacional, según Hernández-Sampieri y Mendoza⁵⁷, señala que este tipo de estudio tiene el propósito de determinar la correlación o el grado de asociación entre variables, sin manipularlas. En este sentido, esta investigación es correlacional, ya que es idónea para examinar cómo los estilos de vida se relacionan con el estado nutricional del adulto mayor, aportando evidencia útil para mejorar su calidad de vida.

Según el tiempo de aplicación, el estudio es prospectivo, Según Lerma⁵⁸, permite anticipar escenarios futuros mediante el análisis sistemático de variables presentes, facilitando decisiones informadas y preventivas. Por ello, abordar los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor desde este enfoque posibilita proyectar tendencias y sustentar estrategias orientadas a promover un envejecimiento saludable.

Según la secuencia temporal, el estudio es transversal, de acuerdo a Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista⁵⁹, exponen que los diseños transeccionales o transversales recopilan información en un único punto temporal, permitiendo caracterizar las variables y evaluar la interrelación en un instante específico. En este marco, el estudio adoptó este enfoque, dado a que la recolección de los estilos

de vida y estado nutricional de los adultos mayores se ejecutó en una única ocasión a lo largo del proceso investigativo.

3.2. VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable 1: Estilos de vida

Variable 2: Estado nutricional

3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Estilos de vida: Prácticas cotidianas determinada por la interacción de condicionantes individuales, socioeconómicos, y ambientales que se manifiesta en prácticas alimentarias y patrones de actividad física que constituyen un factor determinante en el estado nutricional del individuo del adulto mayor.

Estado nutricional: Condición fisiológica del adulto mayor resultante del balance entre el aporte metabólico de nutrientes y el gasto energético del organismo influenciado por la interacción de factores biológicos y conductas alimentarias, expresado a través del índice de masa corporal (IMC).

Adulto mayor: Individuo cuya cronología vital abarca desde los 60 años a más, presentando características biopsicosociales distintivos derivados del proceso de envejecimiento, demandando atenciones específicas según su categorización clínico-funcional.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de esta investigación se constituyó por 676 adultos mayores que acuden a consulta externa de medicina del Hospital Rezola Cañete, la recolección de datos se ejecutó en los meses de agosto a septiembre, cuya muestra estuvo formada por 246, el tipo de muestreo es probabilístico aleatorio simple. Para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula población finita.

Unidad de análisis

- Adultos mayores que acuden a consulta externa de medicina del

Hospital Rezola Cañete.

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de ambos sexos que acuden a consulta externa del servicio de medicina del hospital Rezola Cañete.
- Adultos mayores, orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que otorgaron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Personas menores de 60 años.
- Adultos mayores con alteraciones mentales
- Adultos mayores con alteración del lenguaje que no acepten participar en el estudio.

3.6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación se ejecutó tras obtener la aprobación del Comité de Ética y la carta de presentación, posteriormente se adjuntó ambos documentos para solicitar la autorización formal de la aplicación de los instrumentos de investigación al área de trámite documentario del Hospital Regional Rezola. En coordinación con el jefe del servicio, se estableció un cronograma para la recolección sistemática de datos.

Se utilizó en la recopilación de datos, la técnica de la encuesta y dos instrumentos para la medición de las variables de estudio. El primero fue el cuestionario de “Escala de Estilo de Vida”, elaborada por Pender, Walker y Sechrist, modificado por Diaz et al.⁶⁰, en el año 2011, cuya validez de criterio fue establecida mediante la prueba de colinealidad “R” de Pearson, resultando $r > 0.20$, cuya confiabilidad se determinó mediante Alfa de Cronbach, obteniendo un resultado de 0.794, fue empleado por última vez Ipanaque¹³ en el año 2024.

Este instrumento está constituido por un total de 25 ítems, mediante

la Escala de Likert: Nunca (1p); a veces (2p), frecuentemente (3p) y siempre (4p), dividido en seis dimensiones: alimentación (6 ítems: 1 a 6); actividad física (2 ítems: 7 y 8); manejo del estrés (4 ítems: 9 a 12); soporte interpersonal (4 ítems: 13 a 16); autorrealización (3 ítems: 17 a 19); y finalmente, la responsabilidad en salud (6 ítems: 20 a 25), teniendo como valores finales: no saludable y saludable.

Los puntajes abarcaron: Estilos de vida no saludables (25 - 62p) y saludables (63 - 100p), para las dimensiones: alimentación: no saludable (6 - 15p) y saludable (16 - 24p); actividad física: no saludable (2 - 5p) y saludable (6 - 8p); manejo del estrés: no saludable (4 - 10p) y saludable (11 - 16p); soporte interpersonal: no saludable (4 - 10p) y saludable (11 - 16p); autorrealización: no saludable (3 - 7p) y saludable (8 - 12p) y la responsabilidad en salud: no saludable (6 - 15p) y saludable (16 - 24p).

Para la medición de la segunda variable, se utilizó la ficha de valoración nutricional, fundamentada en las “Tablas de valoración nutricional, según IMC del adulto mayor”, instituido por el Ministerio de Salud (MINSa), propuesta por Contreras⁶¹, en el año 2013, utilizada por última vez por Espinoza¹² en el año 2024.

Asimismo, este instrumento permitió documentar con precisión los parámetros antropométricos, e índice de masa corporal (IMC) de los adultos mayores. Se cuantificaron los resultados aplicando la fórmula del índice de masa corporal mediante valores del peso y la estatura del sujeto. Seguidamente, se ejecutó su clasificación considerando las siguientes dimensiones: $IMC \leq 23$ como delgadez; $IMC >23$ a < 28 como normal; $IMC \geq 28$ a < 32 como sobrepeso y, finalmente $IMC \geq 32$ como obesidad.

Por ser instrumentos validados, se realizó la confiabilidad del instrumento para la primera variable estilos de vida mediante el Alfa de Cronbach, aplicado a través de una prueba piloto que fue conformado por 20 adultos mayores, obteniendo como resultado 0.91,

siendo un instrumento altamente confiable.

3.7. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de la información en la tabulación, los datos recolectados se procesaron manualmente en el programa Microsoft Excel 2024, los 25 ítems del instrumento “Escala de estilo de vida”, según escala de Likert se codificaron y asignaron puntajes: Nunca con 1 punto; a veces con 2 puntos, frecuentemente con 3 puntos y siempre con 4 puntos, de forma descendente, a excepción del ítem 25, que cuya puntuación es ascendente.

La codificación de la ficha de valoración nutricional abarcó puntajes a través de criterios del índice de masa corporal de la población estudiada: obesidad con 1 punto, sobrepeso con 2 puntos, normal con 3 puntos y bajo peso con 4 puntos. La información recopilada fue organizada en tablas y gráficos estadísticos, presentados de manera clara y visual para facilitar su interpretación, lo que permitió mostrar los resultados de forma ordenada y sustentar conclusiones sólidas a partir de los datos cuantitativos recopilados.

Para analizar la relación entre las variables y contrastar las hipótesis, se utilizó el programa estadístico SPSS V27.0, una vez recolectados los datos, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov al superar una muestra de 50 participantes, obteniéndose un valor de significancia $p < 0.05$, lo que indicó que los datos no seguían una distribución normal. En consecuencia, se aplicó la prueba de correlación no paramétrica Rho de Spearman para analizar la correlación de las variables.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética e Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista mediante la resolución N°1450-2025-CIE-UPSJB. Asimismo, durante el proceso de recolección de datos, se aplicaron rigurosamente los

cuatro principios bioéticos fundamentales, según Belmont⁶²:

El principio de autonomía se cumplió con la participación voluntaria y sin coerción de los adultos mayores, este grupo respondió espontáneamente a las interrogantes planteadas por la investigadora, así como la firma del consentimiento informado.⁶²

El principio de beneficencia promovió el bienestar completo del individuo, considerando la totalidad de factores que inciden en la salud del adulto mayor mediante la reducción de riesgos y la optimización de beneficios, y se respetó este parámetro para garantizar intervenciones seguras y efectivas en esta población.⁶²

El principio de no maleficencia se cumplió mediante pautas estrictas, las cuales fueron: evitar daño físico y psicológico, así como, minimizar posibles efectos adversos. Además, se brindó confiabilidad a los adultos mayores partícipes en el estudio al no divulgar los datos obtenidos.⁶²

Y finalmente, se garantizó el principio de justicia en la participación de los adultos mayores en el estudio, asegurando un trato justo, libre de discriminación y con pleno respeto a sus derechos, conforme a los criterios de selección establecidos.⁶²

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Tabla 1

Datos generales del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.

Datos generales	Categoría	n=246	100%
Edad	60 a 69 años	88	36%
	70 a 79 años	96	39%
	80 años a más	62	25%
Sexo	Femenino	115	47%
	Masculino	131	53%
Estado civil	Soltero (a)	26	11%
	Casado (a)	135	55%
	Divorciado (a)	24	10%
	Viuda (a)	58	24%
Grado de instrucción	Inicial	13	5%
	Primaria	96	39%
	Secundaria	95	39%
	Estudio Superior Técnico	22	9%
	Estudios Universitarios	20	8%
	Otros	89	36%
Comorbilidades	Diabetes Mellitus	49	20%
	Hipertensión arterial	57	23%
	Osteoporosis	30	12%
	Enfermedad cardiovascular	21	9%
	Otros	89	36%

Los resultados muestran que el 39% (96) de los adultos mayores se ubica en el grupo etario de 70 a 79 años, mientras que el 53% (131) corresponde al sexo masculino; en cuanto al estado civil, el 55% (135) manifestó estar casado, y respecto al grado de instrucción, el 39% (96) alcanzó únicamente la primaria y 36% (89) presentó la coexistencia de otras comorbilidades.

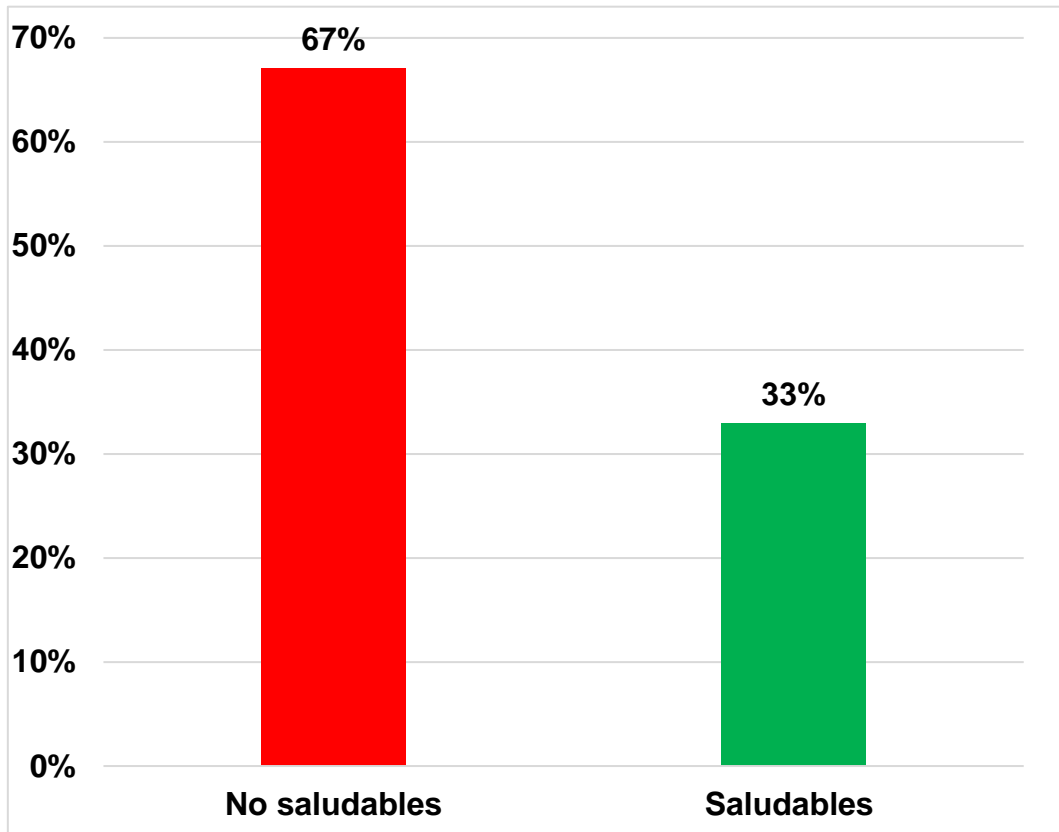
Tabla 2
Relación entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor
en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete,
2025.

			Estado nutricional				
			Obesidad	Sobrepeso	Normal	Delgadez	Total
Estilos de vida	No saludables	Recuento	55	70	13	27	165
		% del total	22%	29%	5%	11%	67%
	Saludables	Recuento	2	15	54	10	81
		% del total	1%	6%	22%	4%	33%
Total		Recuento	57	85	67	37	246
		% del total	23%	35%	27%	15%	100%

Los resultados indican que el 67% (165) de los adultos mayores mantiene estilos de vida no saludables. Dentro de este grupo, el 29% (70) presenta sobrepeso, el 22% (55) obesidad, el 11% (27) delgadez y únicamente el 5% (13) presenta un estado nutricional considerado normal. En oposición, el 33% (81) de los participantes manifestó seguir estilos de vida saludables; de ellos, el 22% (54) alcanzó un estado nutricional adecuado, el 6% (15) mostró sobrepeso, el 4% (10) delgadez y apenas el 1% (2) obesidad; en términos globales, la distribución del estado nutricional refleja que el 35% (85) presenta sobrepeso, el 27% (67) un peso normal, el 23% (57) obesidad y el 15% (37) delgadez.

Gráfico 1

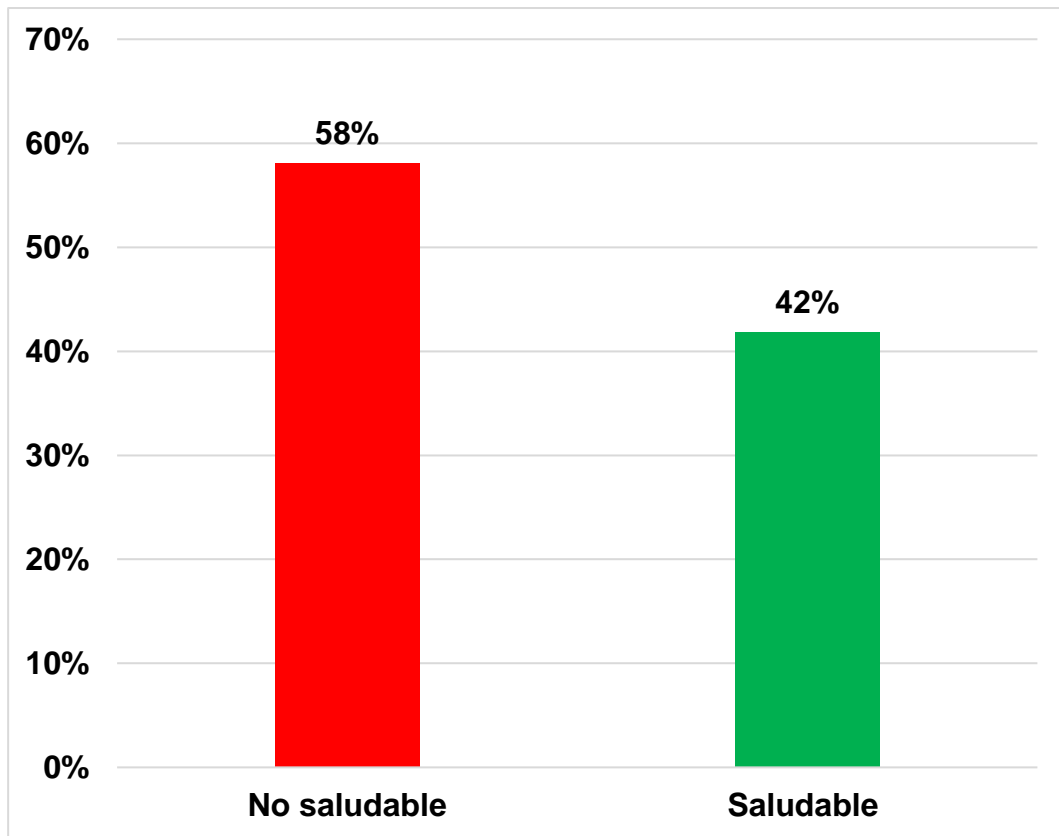
Estilos de vida del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.



Los resultados reflejan que en los adultos mayores predominó los estilos de vida no saludables con 67% (165), seguido de estilos de vida saludables con 33% (81).

Gráfico 2

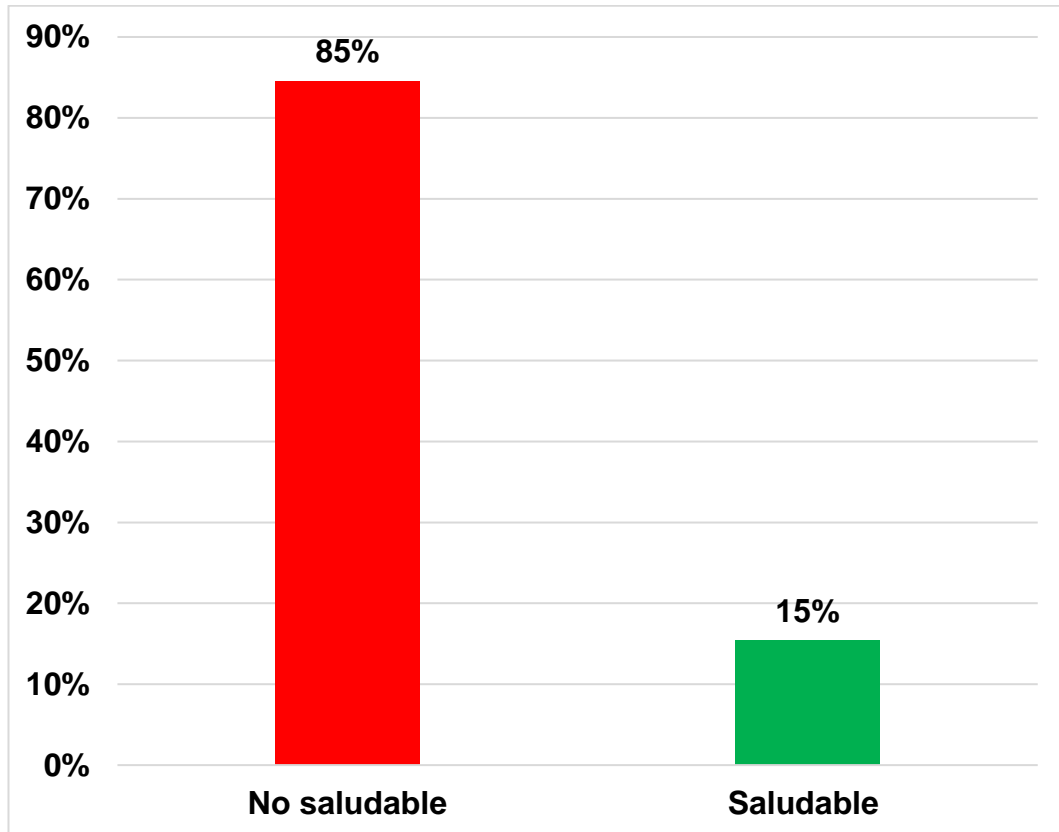
Alimentación del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.



Los hallazgos evidencian que el 58% (165) de los adultos mayores mantiene una alimentación no saludable, y el 42% (103) alimentación saludable.

Gráfico 3

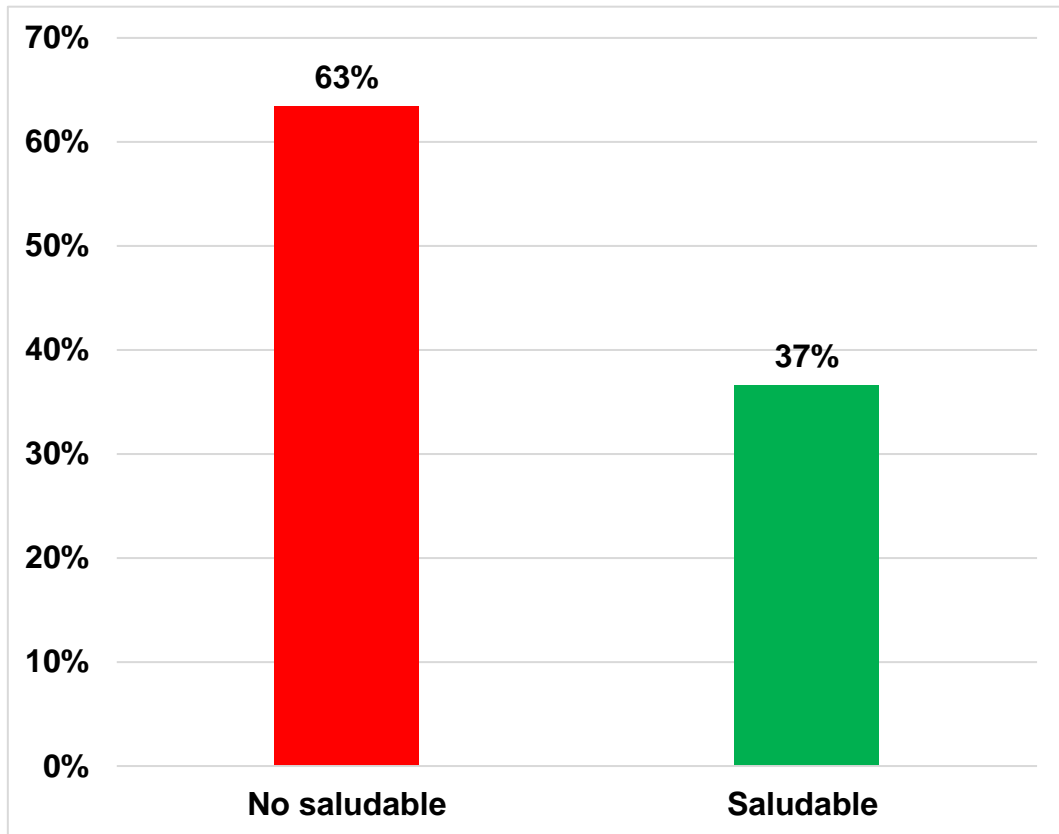
Actividad física del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.



Los resultados reflejan que el 85% (208) de los adultos mayores presenta actividad física no saludable, y el 15% (38) actividad física saludable.

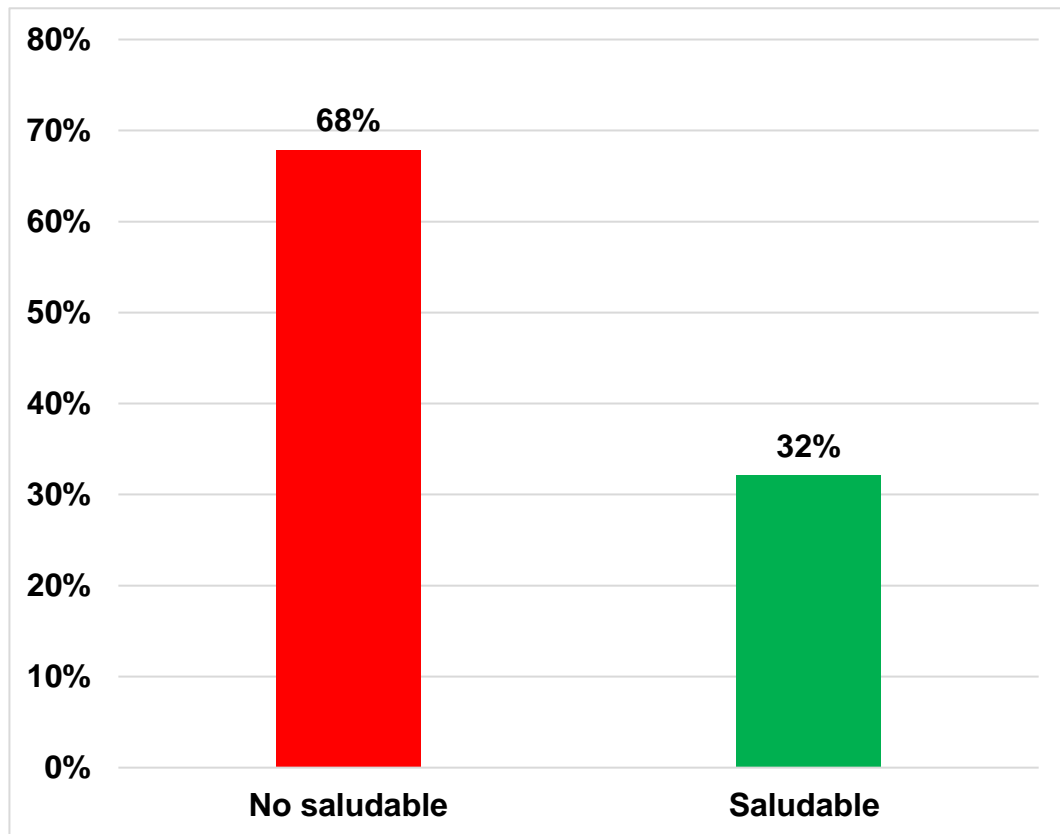
Gráfico 4

Manejo del estrés del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.



Los resultados reflejan que el 63% (156) de los adultos mayores presenta un manejo del estrés no saludable y el 37% (90) manejo del estrés saludable.

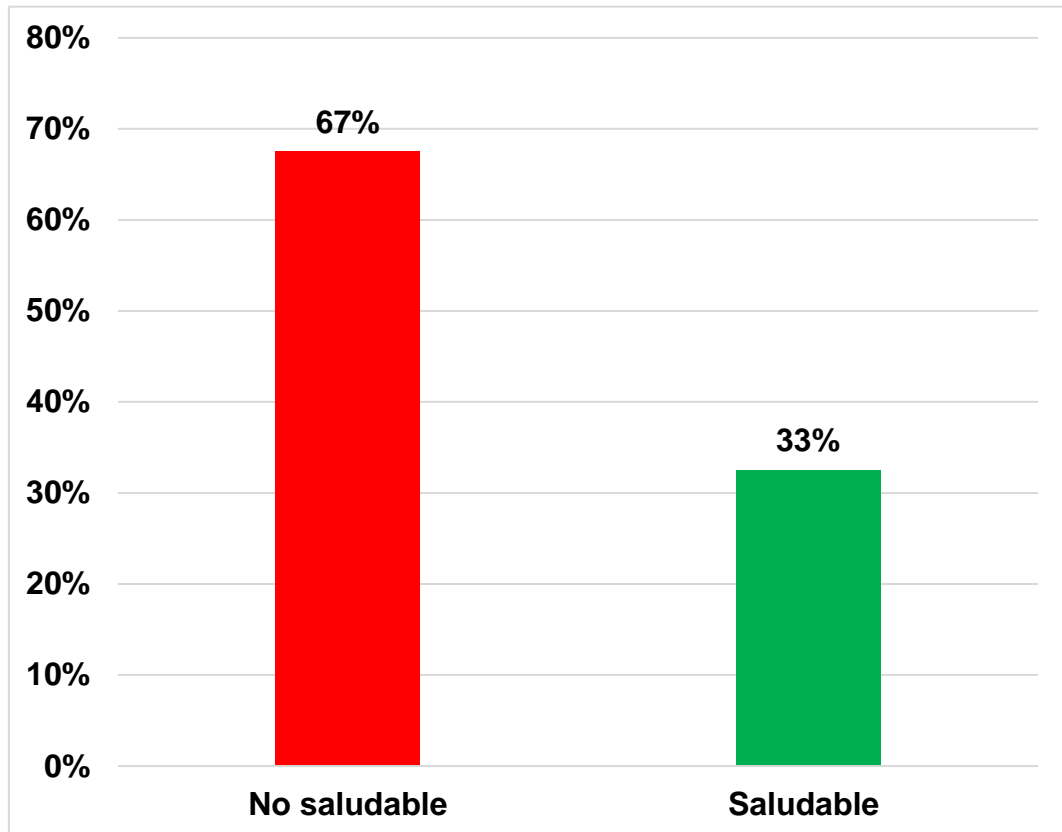
Gráfico 5
Soporte interpersonal del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.



Los hallazgos muestran que el 68% (167) de los adultos mayores cuenta con un soporte interpersonal no saludable, mientras que el 32% (79) cuentan con un soporte interpersonal saludable.

Gráfico 6

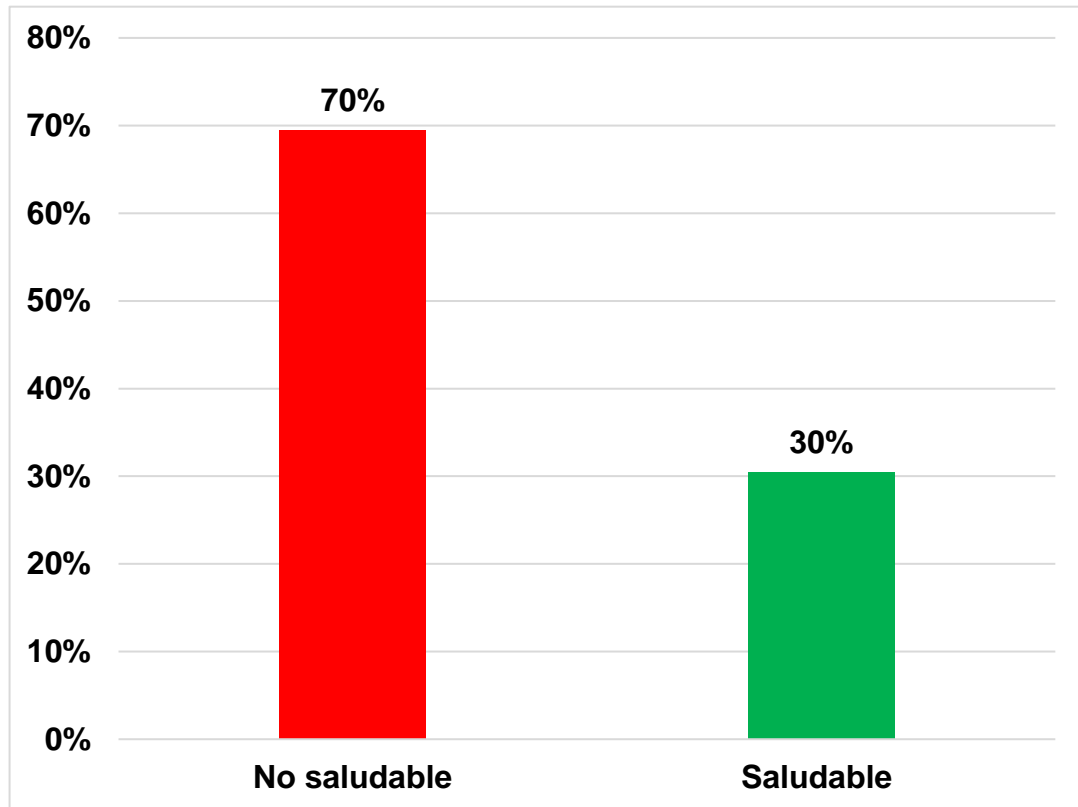
Autorrealización del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.



Los resultados evidencian que el 67% (166) de los adultos mayores presenta una autorrealización no saludable, mientras que solo el 33% (80) alcanza una autorrealización saludable.

Gráfico 7

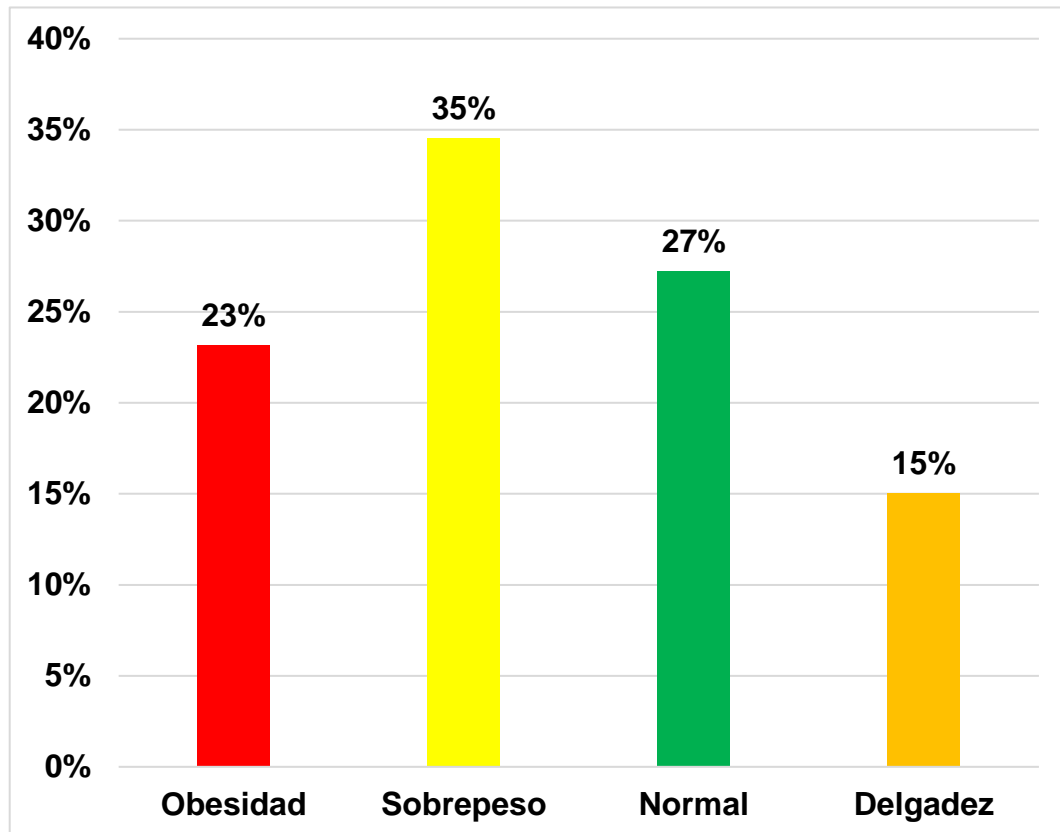
Responsabilidad en salud del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025



Los resultados revelan que el 70% (171) de los adultos mayores evidencia una responsabilidad en salud no saludable, mientras que el 30% (75) muestran una responsabilidad en salud saludable.

Gráfico 8

Estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete, 2025.



Los resultados muestran que, dentro del estado nutricional de los adultos mayores evaluados, el 35% (85) presenta sobrepeso, el 27% (67) mantiene un peso dentro de rangos normales, el 23% (57) evidencia obesidad y el 15% (37) se encuentra en condición de delgadez.

Tabla 3

PRUEBA DE NORMALIDAD

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estilos de vida	,429	246	,000	,593	246	,000
Estado nutricional	,211	246	,000	,874	246	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Análisis e interpretación: Al tratarse de una muestra superior a 50 participantes, se consideró la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Asimismo, se identificó que las variables no siguieron una distribución normal ($p = 0,00 < 0,05$), por lo cual se procedió a aplicar el coeficiente Rho de Spearman para estimar la correlación de ambas variables de estudio.

Tabla 4
CORRELACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

H1: Existe relación significativa entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025

H0: No existe relación significativa entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025

Regla de decisión

Si $P > 0.05$ = La hipótesis nula es aceptada.

Si $P < 0.05$ = La hipótesis nula es rechazada, aceptándose la hipótesis alternativa.

		Estilos de vida	Estado nutricional
Rho de Spearman	Estilos de vida	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	246
	Estado nutricional	Coefficiente de correlación	,823**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e interpretación: A partir del análisis de Spearman se obtuvo un coeficiente de $(r = 0,823)$, demostrando una asociación positiva fuerte y significativa entre estilos de vida y estado nutricional en la población adulta mayor. Asimismo, el nivel de significancia fue de $<0,000$, encontrándose por debajo del valor de 0,05. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa, confirmando la existencia de una relación significativa entre ambas variables.

Tabla 5

Correlación entre la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.

H1: Existe relación significativa entre la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

H0: No existe relación significativa entre la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Regla de decisión

Si $P > 0.05$ = La hipótesis nula es aceptada.

Si $P < 0.05$ = La hipótesis nula es rechazada, aceptándose la hipótesis alternativa.

			Alimentación	Estado nutricional
Rho de Spearman	Alimentación	Coeficiente de correlación	1,000	,826**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Estado nutricional	Coeficiente de correlación	,826**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e interpretación: El coeficiente de Spearman mostró un coeficiente de $r = 0.826$, indicando una relación positiva alta y estadísticamente significativa, donde el nivel de significancia alcanzó $< 0,000$ valor inferior a 0.05. En consecuencia; se descarta la hipótesis nula y se establece la existencia de una correlación significativa entre la alimentación y el estado nutricional en adultos mayores.

Tabla 6
Correlación entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.

H1: Existe relación significativa entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

H0: No existe relación significativa entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Regla de decisión

Si $P > 0.05$ = La hipótesis nula es aceptada.

Si $P < 0.05$ = La hipótesis nula es rechazada, aceptándose la hipótesis alternativa.

		Actividad física	Estado nutricional
Rho de Spearman	Actividad física	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 246
	Estado nutricional	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,828** . 246
			,828** . 246

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e interpretación: Los resultados de Rho de Spearman determinó un coeficiente de $r = 0.828$, demostrando una correlación alta, positiva y estadísticamente significativa, asimismo el nivel de significancia fue de $<0,000$, valor menor a 0.05, permitiendo rechazar la hipótesis nula y corroborar la existencia de una asociación significativa entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor.

Tabla 7
Correlación entre el manejo del estrés y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.

H1: Existe relación significativa entre el manejo del estrés y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

H0: No existe relación significativa entre el manejo del estrés y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Regla de decisión

Si $P > 0.05$ = La hipótesis nula es aceptada.

Si $P < 0.05$ = La hipótesis nula es rechazada, aceptándose la hipótesis alternativa.

			Manejo de estrés	Estado nutricional
Rho de Spearman	Manejo de estrés	Coeficiente de correlación	1,000	,820**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	N		246	246
	Estado nutricional	Coeficiente de correlación	,820**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N		246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e interpretación: Los resultados del coeficiente de Spearman demostraron un valor ($r=0.820$), comprobándose una correlación positiva, alta, y estadísticamente significativa, cuyo nivel de significancia de $<0,000$ evidenció un valor menor a 0.05, por tal razón, se rechaza la hipótesis nula, determinándose que existe relación significativa entre el manejo del estrés y el estado nutricional del adulto mayor.

Tabla 8
Correlación entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.

H1: Existe relación significativa entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

H0: No existe relación significativa entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Regla de decisión

Si $P > 0.05$ = La hipótesis nula es aceptada.

Si $P < 0.05$ = La hipótesis nula es rechazada, aceptándose la hipótesis alternativa.

			Soporte interpersonal	Estado nutricional
Rho de Spearman	Soporte interpersonal	Coefficiente de correlación	1,000	,823**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Estado nutricional	Coefficiente de correlación	,823**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e interpretación: Los hallazgos del coeficiente de Spearman demuestra una correlación alta, positiva y con significancia estadística ($r= 0.823$) demostrándose un nivel de significancia de $<0,000$, la cual se encuentra por debajo del valor de 0.05, permitiendo rechazar la hipótesis nula, asimismo, se evidencia relación significativa entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor.

Tabla 9
Correlación entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.

H1: Existe relación significativa entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

H0: No existe relación significativa entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Regla de decisión

Si $P > 0.05$ = La hipótesis nula es aceptada.

Si $P < 0.05$ = La hipótesis nula es rechazada, aceptándose la hipótesis alternativa.

		Autorrealización	Estado nutricional
Rho de Spearman	Autorrealización	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,810**
		N	,000
		246	246
Rho de Spearman	Estado nutricional	Coeficiente de correlación	,810**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	,000
		246	246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e interpretación: El cálculo del coeficiente de Spearman indica una correlación alta, positiva y significativa estadísticamente ($r=0.810$), el nivel de significancia encontrado fue de $<0,000$, siendo un valor menor 0.05 , en consecuencia; se rechaza de la hipótesis nula, por ello, se demuestra asociación significativa entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor.

Tabla 10
Correlación entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor, según Rho de Spearman.

H1: Existe relación significativa entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

H0: No existe relación significativa entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.

Regla de decisión

Si $P > 0.05$ = La hipótesis nula es aceptada.

Si $P < 0.05$ = La hipótesis nula es rechazada, aceptándose la hipótesis alternativa.

		Responsabilidad en salud	Estado nutricional
Rho de Spearman	Responsabilidad en salud	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,812**
		N	,000
	Estado nutricional	Coeficiente de correlación	246
		Sig. (bilateral)	,812**
		N	,000
		246	246

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e interpretación: El coeficiente de Spearman evidencia una correlación alta, de carácter positiva y estadísticamente significativa ($r= 0.812$), dado que el nivel de significancia de $<0,000$ fue menor al valor de 0.05, permitiendo rechazar la hipótesis nula, por ende, se confirma la existencia de una relación significativa entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIÓN

Tabla 1: De acuerdo a los datos generales de los adultos mayores, el 39% (96) tuvo entre 70 a 79 años y el 53% (131) hombres, resultados que son similares al estudio de Velasco y Velazquez⁸, donde el 53,33% fueron varones, a lo contrario de lo encontrado por Luna y Barrera⁶, donde el 51,0% eran mujeres entre los 60 y 80 años.

Los adultos mayores varones acudieron en mayor proporción a consulta externa de medicina, debido a la atención especializada que ofrece el segundo nivel de atención para el seguimiento y manejo enfermedades crónicas y propias del género. Por otro lado, las mujeres tuvieron menor acceso a este servicio, condicionado por su rol de cuidado dentro del hogar y falta de tiempo.

Tabla 2: Se evidencia que el 67% (165) de adultos mayores tuvo estilos de vida no saludables con sobrepeso en un 29% (70), mientras que el 33% (81) presentó estilos de vida saludables con estado nutricional normal en un 22% (54), resultados similares a Espinoza¹², quien encontró que el 64.5% tuvo estilos de vida no saludable y 35.5% saludables; el 40.0% sobrepeso y el 30.9% estado nutricional normal.

Los estilos de vida del adulto mayor repercuten de forma significativa con su estado nutricional, donde los hábitos no saludables se vinculan con una mayor frecuencia a sobrepeso, mientras que los patrones saludables favorecen el mantenimiento de un índice de masa corporal dentro de parámetros normales.

Gráfico 1: Se observa que el 67% (165) de los adultos mayores presentó estilos de vida no saludables y el 33% (81) estilos de vida saludables, resultados que concuerdan con Ramón¹⁴, cuyo estudio reveló que el 61.0% tuvo un estilo de vida saludable y el 39.0% no saludable.

La presencia de estilos de vida no saludables en la población adulta mayor impacta negativamente en su calidad de vida, al propiciar enfermedades crónicas, limitar la autonomía funcional, comprometer su bienestar biopsicosocial y contribuir a un estado nutricional inadecuado.

Gráfico 2: Se revela que 58% (165) de los adultos mayores presentó una alimentación no saludable, resultado semejante a lo evidenciado por Velasco y Velazquez⁸, quienes demostraron que el 96.67% tuvo una mala calidad de alimentación.

La alimentación no saludable en los adultos mayores, caracterizada por malos hábitos como la frecuencia irregular de comidas, bajo consumo de nutrientes esenciales, excesivo en grasas y alimentos procesados repercute directamente en su estado nutricional, ya que favorecen la aparición de deficiencias o excesos que aumentan el riesgo de malnutrición, deteriorando progresivamente la salud y generando mayor vulnerabilidad a complicaciones patológicas.

Gráfico 3: Se demuestra que el 85% (208) de los adultos mayores tuvo actividad física no saludable, resultado contrario a lo expuesto por Encarnación y Llumiguano⁷, quienes encontraron que el 86.88% practicaba actividad física.

La falta de actividad física en los adultos mayores está asociada a enfermedades musculoesqueléticas como osteoporosis y artritis, así como a la pérdida de capacidad funcional y complicaciones derivadas de patologías crónicas como Diabetes Mellitus, debido a amputaciones en miembros inferiores y superiores, lo cual reducen su movilidad y dificultan la práctica de ejercicio, incrementando el riesgo de un mayor deterioro en su calidad de vida.

Gráfico 4: Se muestra que el 63% (156) de los adultos mayores presentó un manejo del estrés no saludable y 37% (90) saludable, resultados coincidentes a Ramón¹⁴, quien encontró que el 61.0% tuvo un manejo del estrés no saludable y 39.0% saludable.

El manejo del estrés no saludable en adultos mayores afecta directamente su bienestar físico y emocional, incrementando la vulnerabilidad a enfermedades crónicas, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión, factores como el aislamiento social, la presencia de comorbilidades y la falta de estrategias de afrontamiento agravan esta situación. Además, el deterioro de la salud mental repercute en el estado nutricional, favoreciendo tanto la malnutrición como el sobrepeso, obesidad y delgadez.

Gráfico 5: Se observa que el 68% (167) de los adultos mayores tuvo un soporte interpersonal no saludable y 32% (79) saludable, resultados contrapuestos a Caso¹⁵, quien reportó que el 90% tenía un soporte interpersonal saludable y 10% no saludable.

El soporte interpersonal no saludable en el adulto mayor limita el acompañamiento emocional y social, aumentando su vulnerabilidad ante enfermedades y deteriorando la calidad de vida, asimismo la falta de apoyo intrafamiliar y de relaciones significativas favorece la aparición de ansiedad, depresión y aislamiento, lo que a su vez impacta negativamente en su estado nutricional.

Gráfico 6: Se observa que el 67% (166) de los adultos mayores presentó una autorrealización no saludable, y el 33% (80) saludable, hallazgos discrepantes a Ramón¹⁴, quien demostró que el 65% tuvo autorrealización saludable y el 35% fue no saludable.

La autorrealización no saludable en la población adulta mayor refleja insatisfacción con la vida, sensación de inutilidad y ausencia de metas personales, lo que puede generar apatía, aislamiento social y baja autoestima, lo que limita la participación en actividades recreativas o de desarrollo personal, afectando negativamente su salud mental y calidad de vida, además, puede influir en el estado nutricional al reducir el interés por mantener hábitos alimentarios adecuados.

Gráfico 7: Se demuestra que el 70% (171) de los adultos mayores tuvo una responsabilidad en salud no saludable y 30% (75) saludable,

resultados contradictorios a los de Caso¹⁵, donde el 74.0% fue no saludable y 26.0% saludable.

La responsabilidad en salud no saludable en adultos mayores se manifiesta en la baja adherencia a controles médicos, la escasa participación en campañas preventivas y la limitada disposición a seguir tratamientos prescritos, el consumo de sustancias nocivas y automedicación incrementan el riesgo de complicaciones crónicas y deterioro funcional, lo que repercute en el estado nutricional ante la falta de control del IMC y el mantenimiento de hábitos alimentarios inadecuados.

Gráfico 8: Se revela que el 35% (85) de adultos mayores presentó sobrepeso, el 27% (67) estado nutricional en estado normal, el 23% (57) obesidad y el 15% (37) delgadez, hallazgos semejantes a Ipanaque¹³, cuya investigación demostró que el 45.0% tuvo sobrepeso, el 40.8% IMC normal, el 11.7% obesidad y el 2.5% delgadez.

El estado nutricional de los adultos mayores refleja el impacto de estilos de vida no saludables, el sobrepeso y la obesidad se asocian a dietas ricas en grasas y sedentarismo, mientras que la delgadez responde a dietas insuficientes o desequilibradas, factores como la irresponsabilidad en salud, el manejo inadecuado del estrés y la falta de apoyo intrafamiliar amplifican estos efectos, incrementando la vulnerabilidad a enfermedades crónicas y complicaciones propias de esta etapa vital.

Tabla 3: Según los resultados de la Prueba Kolmogorov-Smirnov, aplicada por contar con más de 50 participantes, se obtuvo un valor de significancia de 0.00, inferior a 0.05, lo que confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa, estos hallazgos son semejantes a Miranda¹¹, quien obtuvo un nivel de significancia de 0.0001 ($p < 0.05$).

El análisis de la normalidad de los datos demostró un valor de

significancia inferior a 0.05, al observarse que la distribución no cumplía con los supuestos de normalidad, se consideró emplear un método no paramétrico Rho de Spearman para constatar la correlación de las variables estudiadas.

Tabla 4: Se muestra que la hipótesis general y la correlación de las variables estudiadas, según Rho de Spearman demostró un valor de $r = 0,823$ con un nivel de significancia de 0.00 menor a 0.05, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula, resultados contradictorios a Ramón¹⁴, quien no encontró relación significativa al aplicar la misma prueba estadística, obteniendo un valor de $r=0.177$ y nivel de significancia de 0.078, superior a 0.05.

Tabla 5: Se observa una correlación significativa entre la alimentación y estado nutricional, con valor de 0.826 determinada mediante el coeficiente Rho de Spearman, el valor de significancia obtenido fue de 0.000, menor a 0.05, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula, hallazgos consistentes a Caso¹⁵, quien obtuvo una relación positiva con significancia estadística de 0.000, siendo inferior a 0.05, mediante la prueba Chi cuadrado.

Tabla 6: Se demuestra que la actividad física se asocia significativamente con el estado nutricional, obtenido mediante Rho de Spearman cuyo valor fue de 0.828, alcanzando una significancia de 0.000, menor a 0.05, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula, hallazgos coincidentes a Espinoza¹², quien obtuvo una relación positiva con significancia estadística de 0.016, siendo inferior a 0.05, mediante la prueba Chi cuadrado.

Tabla 7: Se identifica una relación estadísticamente significativa del manejo del estrés y estado nutricional, según análisis de Rho de Spearman donde el valor hallado fue de 0.820 y el nivel de significancia de 0.000, menor a 0.05, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula, hallazgos contradictorios a Guamán y Prado⁹, quienes demostraron que no existe relación

significativa entre ambas variables, cuya significancia fue de 1.000, siendo superior a 0.05, mediante la prueba de Pearson.

Tabla 8: Se aprecia una correlación significativa entre el soporte interpersonal y estado nutricional, con valor de 0.823 según Rho de Spearman, evidenciando un nivel de significancia de 0.000, inferior a 0.05, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula, resultados consistentes a Miranda¹¹, quien obtuvo una relación positiva con significancia estadística de 0.0001, siendo inferior a 0.05, mediante la prueba Chi cuadrado.

Tabla 9: Se demuestra una asociación significativa entre la autorrealización y estado nutricional de acuerdo al resultado del coeficiente Rho de Spearman con cifra de 0.810, con significancia de 0.000, inferior a 0.05, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula, resultados consistentes a Linares y Quintero¹⁰, quienes demostraron una relación positiva con significancia estadística de 0.007, siendo inferior a 0.05, mediante la prueba Chi cuadrado.

Tabla 10: Se observa una correlación significativa entre la responsabilidad en salud y estado nutricional, cuya cifra fue de 0.812 de acuerdo a Rho de Spearman, mostrando una significancia de 0.000, menor a 0.05, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula, resultados discrepantes a Ipanaque¹³, quien no obtuvo relación significativa entre sus variables estudiadas, cuya significancia fue de 0.560, siendo superior a 0.05, mediante la prueba Chi cuadrado.

Desde la perspectiva del Modelo de Promoción de la Salud, el comportamiento preventivo de los individuos, son condicionados por percepciones, experiencias previas y entorno sociocultural que influye en las decisiones de salud. En el caso del adulto mayor, estos factores intervienen directamente en la adopción de estilos de vida saludables y, por ende, en su estado nutricional, pues la teoría plantea que las

conductas de salud se fortalecen cuando existe motivación, conocimiento y apoyo en el entorno.

Los resultados del estudio evidenciaron una mayor presencia de estilos de vida no saludables, lo que refleja limitaciones en la práctica cotidiana de conductas protectoras que afectan directamente la condición nutricional. La labor de enfermería resulta clave para promover intervenciones educativas integrales que articulen aspectos cognitivos y prácticos, con el propósito de incentivar prácticas sostenibles que favorezcan tanto la mejora de los hábitos de vida como un adecuado estado nutricional en esta población.

5.2. CONCLUSIONES

Los estilos de vida se relacionan significativamente con el estado nutricional de los adultos mayor que se atendieron en consultorio externo de medicina del Hospital Rezola Cañete, evidenciando que los estilos de vida no saludables repercuten de manera negativa en el estado nutricional y, en consecuencia, en la calidad de vida de esta población.

Se identificó relación significativa, alta y positiva entre la alimentación y estado nutricional de la población adulta mayor, evidenciando que una alimentación no saludable influye desfavorablemente en el IMC, manifestándose en sobrepeso, obesidad y delgadez.

Se verificó relación significativa entre la alimentación y el estado nutricional, de manera positiva y alta, demostrando que la limitada práctica de ejercicio y actividades diarias repercute negativamente en la condición nutricional del adulto mayor.

Se evidenció relación significativa, alta y positiva entre el manejo del estrés y el estado nutricional, demostrando que la falta de estrategias de afrontamiento y las escasas prácticas de relajación repercuten negativamente en la condición nutricional del adulto mayor.

Se demostró relación significativamente alta y positiva entre el soporte

interpersonal y el estado nutricional, demostrando que la ausencia de relaciones interpersonales adecuadas repercute negativamente en la condición nutricional del adulto mayor.

Se identificó relación significativa, alta y positiva entre la autorrealización y el estado nutricional, revelando que la escasa práctica de actividades de desarrollo personal incide negativamente en la condición nutricional y bienestar integral del adulto mayor.

Se encontró relación alta, significativa y positiva entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional, evidenciando que la ausencia de controles médicos regulares y el incumplimiento del tratamiento impactan negativamente en la condición nutricional.

5.3. RECOMENDACIONES

Difundir los resultados del estudio a las autoridades institucionales y al departamento de consulta externa de medicina del Hospital Regional Rezola, con el fin de promover la aplicación de estrategias y programas educativos que fortalezcan los estilos de vida saludables y optimicen el estado nutricional del adulto mayor, contribuyendo así a su bienestar integral.

Proponer desarrollar programas educativos sobre buenas prácticas de estilos de vida saludables y consejerías nutricionales con el equipo interdisciplinario en coordinación con el departamento de enfermería a través de sesiones educativas, y demostrativas para generar conciencia en los adultos mayores y familia.

Sugerir fomentar campañas de sensibilización, mediante medios comunicacionales, liderado por el profesional de enfermería, además de la difusión de trípticos y talleres demostrativos sobre buenas prácticas de estilos de vida saludables de forma continua, enfatizando la ingesta de agua, frutas y verduras, bajo consumo de productos artificiales, enlatados o conservados.

Recomendar elaborar sesiones educativas sobre actividad física, y

seguimiento de la valoración nutricional, a través de los programas de la institución, enfocándose en el desarrollo de actividades orientados a mantener un peso e IMC adecuado, a través de la inclusión de dietas hipoglucidas, hiposódicas, bajo contenido de grasa saturadas y actividad física.

Exhortar implementar talleres educativos en coordinación con el departamento de salud mental y enfermería basadas en técnicas de manejo del estrés, meditación, respiración profunda, actividad física adaptada, que incluyan orientación nutricional para reducir los efectos adversos del estrés crónico.

Sugerir coordinar actividades grupales y sesiones educativas en el departamento de enfermería para fortalecer las relaciones interpersonales del adulto mayor a través de la organización de grupos de apoyo, talleres de alimentación saludable en equipo, y dinámicas familiares.

Proponer desarrollar actividades que fomenten la autonomía y el empoderamiento del adulto mayor, a través de talleres demostrativos sobre la preparación de alimentos balanceados bajo supervisión profesional de enfermería, así como la evaluación del estado nutricional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Década del envejecimiento saludable [Internet]. Who.int. [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/b/57675> [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Pérez C, et al. Prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en la población española de 65 y más años de edad: estudio ENPE. Med Clin (Barc) [Internet]. 2022;158(2):49–57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775320308824>
4. Ghosh R. et al. Dietary patterns and psychosocial health status among elderly in West Bengal-India. Cogent Gerontol [Internet]. 2024;3(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/28324897.2024.2347620>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Impacto de la COVID-19 en la esperanza de vida saludable de los adultos mayores en la Región de las Américas. [Internet]. Paho.org. [citado el 23 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/21-8-2024-impacto-covid-19-esperanza-vida-saludable-adultos-mayores-region-americas>
6. Echagüe G. ET al. Estado de salud y nutrición del adulto mayor que concurre al Hospital Geriátrico del Seguro Social en la Asunción. Paraguay. Invest Clin [Internet]. 2023 [citado el 9 de diciembre de 2024];64(1):53–67. Disponible en:

https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332023000100053

7. Dias S, Agualongo D, Tenelema D. Vista de Hábitos alimentarios y malnutrición en adultos mayores: Un estudio en la Unidad Vida para Todos, parroquia Santiago, cantón San Miguel [Internet]. Revista-imaginariosocial.com. [citado el 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.revista-imaginariosocial.com/index.php/es/article/view/136/271>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de la población peruana 2024: Una mirada de la diversidad étnica [Internet]. Gob.pe. [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6616587/5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica.pdf?v=1720728622>
9. Surichaqui Y, Mori J. Vista de Estilo de Vida y su Relación con el Estado Nutricional en pacientes Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el Hospital de Huaycán de Lima [Internet]. Cienclatina.org. [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://cienclatina.org/index.php/cienclata/article/view/7609/11539>
10. Robles A, Vilca O. Estilos de vida y Estado nutricional en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina, Hospital de apoyo Jesús Nazareno, Ayacucho - 2024 [Internet]. Edu.pe. [citado el 23 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/2865/1/14-TESES%20-%20ROBLES%20HUALLANCA%20-%20VILCA%20TODELANO.pdf>
11. Quiroz A. Estilos de vida relacionado al estado nutricional en el adulto mayor del centro poblado de Huacho_Quillo_Yungay, 2024 Edu.pe.

[citado el 23 de octubre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/37556/ADULTO_MAYOR_ESTADO_NUTRICIONAL_ESTILO_DE_VIDA_JOAQUIN QUIROZ ANA SALINA.pdf?sequence=5&isAllowed=y

12. Obregón Y. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de un centro poblado en Independencia, Huaraz, Áncash, 2024 [Internet]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2025 [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/39433>
13. Rojas D. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de un Asentamiento Humano, Chimbote, 2025 [Internet]. Edu.pe. [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/41042/ADULTO_MAYOR_ESTILO_DE_VIDA_ROJAS_RAYMUNDO_DA_YRA_JASMITH.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Luna B., Barrera O. Calidad de vida en relación con el estado nutricional del adulto mayor [Internet]. Wordpress.com. [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/11/1_09_calidad-de-vida-en-relacion-con-el-estado-nutricional-del.pdf
15. Encarnación E., Llumiguano R. Relación entre el estado nutricional y actividad física de adultos mayores del Centro de salud del Cantón Montalvo, periodo Junio – septiembre 2024 [Internet]. Edu.ec. [citado el 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/17568/TIC-UTB-FCS-NUT.R-000020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Velasco J, Velásquez C. Riesgo nutricional y hábitos alimentarios en adultos mayores del centro de atención integral para grupos prioritarios,

Ibarra 2023 [Internet]. Edu.ec. 2023 [citado el 2 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/1232/3586>

17. Guamán J, Prado Y. Estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores de la parroquia Jerusalén del cantón Biblián [Internet]. Edu.ec. 2023 [citado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/87f2ab8d-9251-4260-b4ad-121509a44baf/content>
18. Linares, C. y Quintero, O. (2024). Estado nutricional y estilo de vida del adulto mayor. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del Estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022. GICOS, 9(2), 40-56 DOI: <https://doi.org/10.53766/GICOS/2024.09.02.03>
19. Miranda M. Estilo de vida y estado nutricional del Asentamiento Humano Molino Cajanleque en Chocope, Trujillo 2024 [Internet]. Edu.pe. 2025 [citado el 30 de abril de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/37585/ADULTO_MAYOR_ESTADO_NUTRICIONAL_ESTILO_DE_VIDA_MIRANDA_DIAZ_MELISA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Espinoza P. estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de un Centro Poblado en Independencia, Huaraz, Áncash, 2024 [Internet]. Edu.pe. 2024 [citado el 24 de abril de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/39080/ADULTO_MAYOR_ESTILO_DE_VIDA_ESTADO_NUTRICIONAL_ESPINOZA_ROJAS_PETROLINA_TARCILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Ipanaque S. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el Puesto de Salud Huayhuay [Internet]. Edu.pe. 2024 [citado el 3 de

mayo de 2025]. Disponible en:
https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/39082/ADULTO_MAYOR_ESTILO_DE_VIDA_ESTADO_NUTRICIONAL_IPANAQUE_YANAYACO_SHEYLA_JUNETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Ramón J. Estilos de vida y estado nutricional en adultos mayores en un Hospital Nacional del III nivel de Lima, 2023 [Internet]. Edu.pe. [citado el 24 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6e0dce39-beef-47ac-8bbb-bf3ad5ca75ae/content>
23. Caso M. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el Puesto de Salud Huayhuay [Internet]. Edu.pe. 2024 [citado el 2 de mayo de 2025]. Disponible en:
https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/10777/T010_71788756_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Giraldo A, et al. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA EL FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES [Internet]. Redalyc.org. [citado el 12 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
25. Aristizábal G, et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión [Internet]. Redalyc.org. [citado el 14 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741840003.pdf>
26. Villegas M, et al. El envejecimiento poblacional: una mirada desde la práctica de enfermería basada en el modelo de Nola J. Pender. Medisur [Internet]. 2023 [citado el 15 de diciembre de 2024];21(6):1298–304. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-

[897X2023000601298](#)

27. Ramón L, Ramón A. ESTILO DE VIDA Y SALUD [Internet]. Redalyc.org. [citado el 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
28. Ministerio de Salud (MINSA). Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú [Internet]. Gob.pe. [citado el 14 de mayo de 2025]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf
29. Troncoso C. Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. Horiz méd [Internet]. 2017 [citado el 4 de noviembre de 2023];17(3):58–64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300010
30. Alvarado A. Et al. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enferm Univ [Internet]. 2017;14(3):199–206. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00199.pdf>
31. Instituto Nacional de Salud (INS). Requerimientos Nutricionales [Internet]. Gob.pe. [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/adultos-mayores/requerimientos-nutricionales>
32. Meza J. Et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentos procesados y ultra procesados en adultos y adultos mayores de Asunción y zonas periurbanas [Internet]. Una.py. [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/DM/article/download/3816/3199>
33. Troncoso C. Et al. Significancia del valor simbólico de los alimentos en

personas mayores [Internet]. Nutricion.org. [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en:

<https://revista.nutricion.org/PDF/CTRONCOSO.pdf>

34. Aldas C. Actividad física en el adulto mayor [Internet]. [Internet]. Gob.pe. [citado el 20 de abril de 2025]. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8383840.pdf>

35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la actividad física para las personas mayores: juego de herramientas para la acción [Internet]. Who.int. World Health Organization; [citado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240076648>

36. Mejía K. Vista de La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales [Internet]. Edu.co. [citado el 4 de noviembre de 2023]. Disponible en:

<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/2493/1911>

37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental de los adultos mayores [Internet]. Who.int. [citado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

38. Rodriguez B, Tejera F. Tratamiento del estrés en el adulto mayor. Universidad y Sociedad [Internet]. [citado el 26 de mayo de 2025];12(3):135–40. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202020000300135&script=sci_arttext&lng=en

39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrés [Internet]. Who.int. [citado el 24 de agosto de 2025]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

40. Muriel C. Representaciones sociales de vejez y autoconcepto en el adulto mayor [Internet]. Core.ac.uk. [citado el 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/232875365.pdf>
41. Cely I. et al. Relaciones Interpersonales para el Buen Vivir a través de un Proceso Hermenéutico, con Población Adulto Mayor [Internet]. Researchgate.net. [citado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Edward-Jaime-Ortiz-Garcia/publication/350802174>
42. Montenegro L. La comunicación con adultos mayores: desafíos y estrategias en un contexto cambiante. Finlay [Internet]. 2025 [citado el 27 de mayo de 2025];15(0):e1535. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1535>
43. Posso G, et al. Autocuidado de los Adultos Mayores relacionados con sus características sociodemográficas. Vida y Salud [Internet]. 2020;4(8):80. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9063198.pdf>
44. Furman H. Propósito, Satisfacción y Proyecto de Vida: una relación dialéctica. Subj Procesos Cogn [Internet]. 2021 [citado el 28 de mayo de 2025];25(1):73–83. Disponible en: <https://dspace.uces.edu.ar/handle/123456789/5802>
45. Ruiz D. Et al. El tiempo libre y el ocio en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor [Internet]. Unirioja.es. [citado el 25 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383942>
46. Limia M. Cambio de mentalidad: Responsabilidad de salud. Index Enferm [Internet]. 2010 [citado el 14 de mayo del 2025];19(1):42–6. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100009

47. Saraiva R. Et al. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. *Enferm Glob* [Internet]. 2022 [citado el 25 de agosto de 2025];21(1):545–89. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412022000100545&script=sci_arttext
48. Anama W. Et al. Evaluación integral del adulto mayor: un enfoque interdisciplinario. *Bol Informativo CEI* [Internet]. 2024 [citado el 25 de agosto de 2025];11(3):122–3. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/articloe/view/4487>
49. Maldonado J. Prescripción de medicamentos y problemas en el proceso terapéutico [Internet]. *Bvsalud.org*. [citado el 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/980963/01_2017_editorial.pdf
- García J. et al. Valoración del estado nutricional del paciente: función y composición corporal. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018 [citado el 4 de noviembre de 2023];35(3):1–14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000600001
50. Ministerio de Salud. Tabla de valoración nutricional según IMC adulto mayor [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2013 [citado el 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/items/f8c1238d-4241-43ad-8085-b1831751055c>
51. Eserrano et al. Guía técnica para la valoración antropométrica de la persona adulta mayor [Internet]. *Gob.pe*. 2013 [citado el 14 de mayo de

2025]. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389820/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_para_la_valoraci%C3%B3n_nutricional_antropom%C3%A9trica_de_la_persona_adulta_mayor20191016-26158-6xhy9d.pdf?v=1571210340

52. García J. et al. Valoración del estado nutricional del paciente: función y composición corporal. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [citado el 4 de noviembre de 2023];35(3):1–14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000600001
53. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnico de Salud para la atención integral de Salud de las personas adultas mayores [Internet]. Gob.pe. 2010 [citado el 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
54. Organización Mundial de la salud (OMS). Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. [citado el 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
55. Ministerio de Salud (MINSA) Norma técnica de salud N° 207 para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores [Internet]. Gob.pe. 2023 [citado el 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-789-2023-MINSA-MOD-RM-948-2023.pdf>
56. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. [Internet]. esup.edu.pe [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.p>

[df](#)

57. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Cloudfront.net. [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://n9.cl/p4hte>
58. Lerma H. Metodología de la investigación: Propuesta, anteproyecto y proyecto [Internet]. Sijufor.org. [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/metodologia_de_la_investigacion_propuesta_anteproyecto_y_proyecto.pdf
59. Hernández R, Fernández C, Baptista P. metodología de la investigación [Internet]. Www.uv.mx. [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
60. Delgado R. Et al. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización el Carmen, Chimbote 2011 [Internet]. Edu.pe. [citado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v2n1/a8.pdf
61. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la persona Adulta Mayor. [citado el 16 septiembre del 2023]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2858.pdf>
62. Barcelona P. El informe Belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento [Internet]. Bioeticayderecho.ub.edu. [citado el 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- [f](#)

ANEXOS

Anexo 1: Tabla de operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable¹	Escala²	Indicador	Unidad de medida	Instrumento/fuente
Estilos de vida	Conjunto de rasgos conductuales distintivos, que emergen de la interacción entre las características personales, el entorno social y las condiciones de vida en la etapa de la adultez mayor.	Grupo de hábitos y patrones conductuales que poseen los adultos mayores de consulta externa de medicina del Hospital Regional Rezola, evaluado a través del cuestionario "Escala del estilo de vida" cuyos resultados finales son saludables o	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de la alimentación • Consumo de agua, vegetales y frutas • Consumo de alimentos sin preservantes. • Lectura de alimentos empaquetados, conservados o enlatados. • Tiempo de ejercicio físicos • Práctica de actividades diarias • Situaciones y sentimientos de tensión o preocupación • Soluciones frente a la tensión o preocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saludable • No saludable 	Cuestionario

		no saludables.			<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de actividades de relajación • Relaciones interpersonales • Comunicación de deseos e inquietudes • Satisfacción con lo realizado en su vida, y con las actividades actuales • Práctica de actividades de desarrollo personal • Asistencia periódica • Asistencia ante alguna molestia de la enfermedad • Consumo de medicamentos prescritos por el médico • Participación en actividades promocionales de la salud 		
--	--	----------------	--	--	---	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> Consumo de sustancias nocivas. 		
Estado nutricional	Condición resultante del equilibrio de los requerimientos y la disponibilidad de nutrientes en el organismo del adulto mayor, influenciado por patrones alimentarios, estilo de vida y cambios propios del envejecimiento.	Categoría nutricional, evaluado a través del índice de masa corporal que relaciona el peso con la estatura al cuadrado en adultos mayores atendidos en el Hospital Regional Rezo, obtenido a través de una ficha de valoración nutricional cuyos	Cuantitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Peso Talla 	<ul style="list-style-type: none"> Delgadez IMC: <23 Kg m² Normal IMC: ≥ 23 a <28 Kg m² Sobrepeso IMC: ≥28 a < 32 Kg m² Obesidad IMC: ≥ 32 Kg m² 	Ficha de valoración nutricional

		resultados finales son: Delgadez, normal, sobrepeso y obesidad.					
--	--	--	--	--	--	--	--

Leyenda: ¹ Cualitativa (categórica)/Cuantitativa (numérica); ² Nominal u Ordinal / Discreta o Continua

Anexo 2: Diseño muestral

La muestra será seleccionada mediante muestreo probabilístico aleatorio simple de acuerdo a la siguiente fórmula:

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

IC=	95%	1.96	
p =	50%	50/100 =	0.5
q=	(1 - p)	(1 - 0.5) =	0.5
e=	5%	5/100 =	0.05
N=	100		

Datos:

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

$$n = \frac{676 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 * (676) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 246$$

La muestra fue de 246 adultos mayores.

Anexo 3: Instrumento

ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAÑETE, 2025

ESCALA DEL ESTILO DE VIDA

Buenos días, estimado Sr. o Sra. Soy la señorita Jennifer Abigail Yauri Flores, egresada del Programa de Estudios de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, le solicito responder este cuestionario con sinceridad. La información es confidencial y anónima.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____

2. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

2. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Divorciado
- d) Viudo

3. Grado de instrucción:

- a) Inicial
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Estudio Superior Técnico
- e) Estudios Universitarios

4. Comorbilidades:

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensión arterial
- c) Osteoporosis
- d) Enfermedad cardiovascular
- e) Otros

II. DATOS ESPECÍFICOS

INSTRUCCIONES:

A continuación, le presento varias preguntas; marque con una "X" su respuesta según su estilo de vida en cada situación presentada.

S: SIEMPRE F: FRECUENTEMENTE V: A VECES N: NUNCA

Nº	ÍTEMS	CRITERIOS			
		N	V	F	S
	ALIMENTACIÓN				
1	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena				
2	Todos los días, Ud. Consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carnes, legumbres, cereales y granos.				
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua				
4	Incluye entre las comidas el consumo de frutas.				
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales y químicos.				
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.				
	ACTIVIDAD FÍSICA	N	V	F	S
7	Hace Ud. Ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana				
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo				
	MANEJO DEL ESTRÉS	N	V	F	S
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.				
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación				
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.				

12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración				
	SOPORTE INTERPERSONAL	N	V	F	S
13	Se relaciona con los demás				
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás				
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.				
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.				
	AUTORREALIZACIÓN	N	V	F	S
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida				
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal				
	RESPONSABILIDAD EN SALUD	N	V	F	S
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.				
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.				
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.				
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.				
24	Participa en actividades que fomenten su salud como: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud				
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas				

FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL

Buenos días, estimado Sr. o Sra. Soy la señorita Jennifer Abigail Yauri Flores, egresada del Programa de Estudios de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, le solicito responder esta ficha de valoración nutricional. La información es confidencial y anónima.

I. DATOS GENERALES

1. **Edad:** _____

2. **Sexo:**

- a) Femenino
- b) Masculino

5. **Estado civil**

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Divorciado
- d) Viudo

6. **Grado de instrucción:**

- a) Inicial
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Estudio Superior Técnico
- e) Estudios Universitarios

7. **Comorbilidades:**

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensión arterial
- c) Osteoporosis
- d) Enfermedad cardiovascular
- e) Otros

VALORES ÍNDICE DE MASA CORPORAL				
a) $IMC \leq 23$: Bajo Peso		Normal		b) $IMC >23$ a < 28 :
c) $IMC \geq 28$ a < 32 : Sobrepeso		d) $IMC \geq 32$: Obesidad		
N°	PESO	TALLA	IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
1				
2				
3				

4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

ESTILO DE VIDA	Número de ítems	Alfa de Cronbach	Confiabilidad
General	25	0.91	Alta

COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH

Donde:

N= Número de ítems

$$\frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2}$$

Sumatoria de las varianzas de los ítems

Varianza de toda la dimensión

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

$$\alpha = \frac{25}{(25-24)} * \left[1 - \frac{20.51}{157.51} \right]$$

$$\alpha = \frac{25}{(24)} * [1 - 0.13]$$

$$\alpha = 1.04 * 0.87$$

$$\alpha = 0.91$$

El valor del Alfa de Cronbach, cuando se acerca a 1, denota una confiabilidad de la aplicación del instrumento.

Anexo 5: Escala de valoración de instrumento

ESTILOS DE VIDA	
CATEGORÍA	PUNTAJE
Saludables	25 – 74
No saludables	75 – 100

ALIMENTACIÓN	
CATEGORÍA	PUNTAJE
Saludable	16 – 24
No saludable	6 – 15

ACTIVIDAD FÍSICA	
CATEGORÍA	PUNTAJE
Saludable	6– 8
No saludable	2 – 5

MANEJO DEL ESTRÉS	
CATEGORÍA	PUNTAJE
Saludable	11 – 16
No saludable	4 – 10

SOPORTE INTERPERSONAL	
CATEGORÍA	PUNTAJE
Saludable	11 – 16
No saludable	4 – 10

AUTORREALIZACIÓN	
CATEGORÍA	PUNTAJE
Saludable	8 – 12
No saludable	3 – 7

RESPONSABILIDAD EN SALUD	
CATEGORÍA	PUNTAJE
Saludable	5 – 12
No saludable	13 – 20

ESTADO NUTRICIONAL	OBESIDAD	DELGADEZ	SOBREPESO	NORMAL
PUNTAJE	1	2	3	4

Anexo 6: Consentimiento informado

Estimado Sr.(a), me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: **ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAÑETE, 2025**. Antes que usted acepte participar en el estudio se le ha tenido que explicar lo siguiente: Propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para que finalmente usted pueda aceptar su participación de manera libre y voluntaria.

Propósito del estudio:

El propósito de la investigación fue analizar cómo los estilos de vida y el estado nutricional influyeron en la calidad de vida del adulto mayor con el fin de proporcionar información actualizada y real sobre la problemática sanitaria de este grupo etario.

Riesgos:

El estudio de investigación se realizará con cuestionarios debidamente identificados, y una ficha de evaluación nutricional. Por tanto, se considera que el estudio no representa ningún riesgo físico ni psicológico para el participante. Cualquier consulta puede realizarla a Jennifer Abigail Yauri Flores, número de celular 971039340 y correo electrónico: Jennifer.yauri@upsjb.edu.pe

Asimismo, el trabajo de investigación y sus anexos han sido evaluados y aprobados por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista, podrá contactarse si tiene alguna duda con el Mg. el Dr. Luis Alberto Barboza Zelada (Presidente del CIEI) a su correo institucional: luis.barboza@upsjb.edu.pe

Beneficios:

El estudio no representa beneficios económicos para los participantes, es decir no se otorgará ningún pago por su participación. La información brindada de manera veraz ofrecerá datos que pueden utilizarse para gestionar soluciones acordes a la realidad estudiada.

Confidencialidad

Para efectos de la investigación, la única persona autorizada para el acceso a la información será la investigadora, para efectos posteriores se procederá a colocar Código de Identificación (ID) que consistirá en un número correlativo, lo que permitirá la elaboración de la base de datos, para el posterior análisis estadístico, la cual será conservada de manera confidencial.

Por lo tanto, yo _____,
manifestó que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad para participar en el estudio.

Nombre y Apellidos del participante

Firma

Nombre y Apellidos del investigador

Firma

Comité de Ética Institucional de Investigación:

Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono (01) 748 2888 o al correo:
ciei@upsjb.edu.pe

Anexo 7: Matriz de consistencia

TÍTULO: ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAÑETE, 2025

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Diseño metodológico	Población y muestra	VARIABLES	Instrumentos y/o pruebas
<p>General: PG: ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuál es la relación entre la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un</p>	<p>General: OG: Determinar la relación entre los estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>Específicos: OE 1: Establecer la relación entre la alimentación y el estado nutricional del</p>	<p>General: HG: Existe relación significativa entre los estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>Específicas: HE 1: Existe relación significativa entre la alimentación y</p>	<p>Nivel: Correlacional, transversal y prospectivo</p> <p>Tipo de Investigación: Aplicada</p>	<p>Población: 320 adultos mayores</p> <p>Tamaño de muestra: 246 adultos mayores.</p>	<p>Variable 1: Estilos de vida</p> <p>Variable 2: Estado nutricional</p>	<p>Cuestionario</p> <p>Ficha de valoración nutricional</p>

<p>Hospital Público de Cañete 2025?</p> <p>PE 2: ¿Cuál es la relación entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la relación entre el manejo de estrés y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?</p> <p>PE 4: ¿Cuál es la relación entre el soporte</p>	<p>adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>OE 2: Establecer la relación entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>OE 3: Establecer la relación entre el manejo de estrés y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa</p>	<p>el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>HE 2: Existe relación significativa entre la actividad física y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>HE 3: Existe relación significativa entre el manejo de</p>				
--	---	---	--	--	--	--

<p>interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?</p> <p>PE 5: ¿Cuál es la relación entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025?</p> <p>PE 6: ¿Cuál es la relación entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un</p>	<p>de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>OE 4: Establecer la relación entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>OE 5: Establecer la relación entre la autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa</p>	<p>estrés y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>HE 4: Existe relación significativa entre el soporte interpersonal y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>HE 5: Existe relación significativa entre la</p>				
---	---	---	--	--	--	--

<p>Hospital Público de Cañete 2025?</p>	<p>de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>OE 6: Establecer la relación entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p>	<p>autorrealización y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p> <p>HE 6: Existe relación significativa entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un Hospital Público de Cañete 2025.</p>				
---	---	--	--	--	--	--

Anexo 8: Carta de presentación



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chincha, 18 de julio del 2025

Carta N° 021-2025-EPE-UPSJB-FCH

M.C. LEONARDO BUDD YACILA

Director

Hospital Regional Rezola Cañete

Presente. –

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez presentar a la egresada de la Escuela Profesional de Enfermería: **JENNIFER ABIGAIL YAURI FLORES**, quien se encuentra ejecutando el Proyecto de Investigación titulado: **ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAÑETE, 2025**.

Conocedor(a) de su experiencia y preocupación en el desarrollo de la investigación, solicito su valioso apoyo para la autorización del "Trabajo de Campo", para lo cual se adjunta el resumen del Proyecto.

Hago propicia la oportunidad, para presentarle las consideraciones de mi especial estima personal.

Cordialmente,



Mtro. Leny Bravo Luna
Decana(e) de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C



Mg. Isabel Silvia Nuñez Mori
Director(a)
Escuela Profesional de Enfermería

Anexo 9: Autorización


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
Dirección Regional de Salud
HOSPITAL REZOLA CAÑETE
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

DOC. N°: 06664969
EXP. N°: 03872208

Cañete, 19 de agosto del 2025

CARTA N°078-2025-DIRESA-L-HRC-DE

Señor.(a)
Dra. Jenny Zavaleta Oliver
Directora (e) de la Escuela Profesional de Medicina Humana
Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C.

Mtra. Leny Bravo Luna
Decana (e) de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C.
Presente.-

Asunto: Autorización para Recolección de datos
para Trabajo de Investigación

Referencia: Carta N°021-2025-EPE-UPSJB-FCH

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en atención a la carta de la referencia, mediante la cual se solicitó autorización para que la estudiante Jennifer Abigail Yauri Flores desarrolle su investigación titulada: "Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en consulta externa de medicina de un hospital público de Cañete, 2025", en las instalaciones del Hospital Regional de Cañete – Rezola.

Al respecto, cumpla con informar que, luego de la evaluación de la solicitud y contando con la opinión favorable del Departamento de Enfermería, expresada mediante el Informe N.º 587-2025-DIRESA-HRC-JE, se autoriza la ejecución de la recolección de datos del citado proyecto, bajo las siguientes condiciones:

- Coordinar previamente con el Departamento de Enfermería la organización y ejecución de la recolección de datos.
- Garantizar la confidencialidad de la información obtenida, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales.
- Recabar el consentimiento informado de los participantes antes de la aplicación de los instrumentos de investigación.

El Hospital Regional de Cañete – Rezola reitera su disposición de apoyar las actividades académicas y de investigación que contribuyen a la formación de futuros profesionales de la salud.

Sin otro particular, le renuevo los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



M.C. LEONARDO PEDRO BUOB YULA
DIRECTOR EJECUTIVO
R.S.P. 2138
M.S. MED.

http://www.gob.regionlima.gob.pe/hospital-cañete-are
Teléfono: 945066229
Sede Central: Hospital Regional de Cañete WHQC+38F San Luis de Cañete 15720
Perú - San Luis - Cañete - Lima - Perú - 15720

