

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR  
RESIDENTE DE LA CASA DE REPOSO “LA VIDA CONTINUA”  
VILLA MARÍA DEL TRIUNFO  
NOVIEMBRE 2016**

**TESIS  
PRESENTADA POR BACHILLER  
KAREN ANDREA JIMÉNEZ PRADO**

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

**LIMA PERÚ  
2017**

**ASESORA DE TESIS: MG. ROSARIO RIVERO ALVAREZ**

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Por darme la vida, salud, protegerme y guiarme en el camino.

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Enfermería**

Por ser mi Alma Mater formadora de un gran futuro

### **A la Población de estudio Casa de Reposo La Vida Continúa**

Por permitirme poder interactuar con ellos

### **A mi asesora**

Por no dejarme sola en ningún momento, por brindarme su tiempo y esfuerzo continuo en mi trabajo de tesis

## **DEDICATORIA**

A mis Padres, hermana por su apoyo incondicional en todo momento, mi hijo Adriano, mi más grande y hermoso motivo de vida y a mi abuelo Nicolás Soto Rojas, por estar siempre protegiéndome desde la eternidad.

## RESUMEN

**Introducción:** El adulto mayor albergado en las casas de reposo, alejado del vínculo familiar cotidiano podría mermar calidad de vida y a la vez ésta interferir en su estado nutricional. **Objetivo:** determinar la relación entre la calidad de vida y estado nutricional del adulto mayor de la casa de reposo la vida continua, Villa María del triunfo noviembre 2016. **Metodología:** El enfoque de estudio fue cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal; la muestra de estudio estuvo conformada por 51 personas adultas mayores pertenecientes de la Casa de Reposo La vida Continua: para la recolección de los datos se aplicó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario; así mismo se utilizó una balanza, tallímetro y la tabla IMC. **Resultados:** La calidad de vida de los adultos mayores es desfavorable en un 55%. El estado nutricional de los adultos mayores es normal en un 63%, pero un 31 % presenta un estado nutricional de delgadez. **Conclusión:** La mayoría de adultos mayores residentes de la casa de reposo presentaron una calidad de vida adecuada de acuerdo bienestar emocional, relaciones interpersonales y bienestar material. En cuanto a estado nutricional la mayoría presentó normo peso por índice de masa corporal. No existe relación significativa entre la calidad de vida y el estado nutricional.

**PALABRAS CLAVE:** Adultos Mayores, Calidad de Vida, Estado nutricional.

## ABSTRACT

**Introduction:** The major adult sheltered in the convalescent homes, removed from the familiar daily link might reduce quality of life and simultaneously this one interfere in his nutritional condition. I target: to determine the relation between the quality of life and nutritional condition of the major adult of the convalescent home the life continues, Villa Maria of the victory in November, 2016. **Methodology:** The approach of study was quantitative, descriptive correlacional and cross street; the sample of study was shaped by 51 adult major belonging persons of the convalescent home The Constant life: for the compilation of the information the technology of the survey was applied and since I orchestrate a questionnaire; likewise a scale was in use, tallímetro and the table IMC. **Results:** The quality of life of the major adults is unfavorable in 55 %. The nutritional condition of the major adults is normal in 63 %, but 31 % presents a nutritional condition of thinness. **Conclusion:** The majority of major resident adults of the convalescent home presented a quality of suitable life of agreement emotional well-being, interpersonal relations and material well-being. As for nutritional condition the majority presented normo weight for index of corporal mass. Significant relation does not exist between the quality of life and the nutritional condition.

**KEY WORDS:** Major Adults, Vida's Quality, Nutritional State.

## PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción que una persona tiene sobre su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre calidad de vida y el estado nutricional de las personas adultas mayores residentes en la casa de reposo la vida continua.

Los hallazgos de este estudio serán entregados a las autoridades de la casa de reposo "La Vida Continua" a fin de que se diseñen estrategias para mejorar la calidad de vida a través de talleres de educación continua al personal con la inclusión de la familia, para promover la empatía, el buen trato y a la vez, mejorar el estado nutricional de los adultos mayores residentes, considerando cada caso en forma individualizada; así mismo se espera que el estudio pueda servir como marco de referencia para futuros estudios como para la creación de nuevos instrumentos.

La presente investigación cuenta con el siguiente contenido: Capítulo I: El Problema: En el cual se presentan indicadores de la problemática a nivel mundial, latinoamericano y local es decir se realiza un enfoque general referente al problema a desarrollar. Capítulo II: Marco teórico: Dentro del presente capítulo, encontramos estudios previos a la investigación realizada, los cuales nos permiten tener una noción a más profundidad. Capítulo III Material y Métodos: Corresponde a la metodología empleada en la

investigación presentada, tipo de estudios entre otros. Capítulo IV: Resultados y Discusión: se detallan los hallazgos encontrados durante la investigación contrastándolos con estudios antepuestos al presente. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones y Finalmente las referencias bibliográficas, bibliografías y anexos.

## ÍNDICE

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>CARATULA</b>                           | i           |
| <b>ASESORA</b>                            | ii          |
| <b>AGRADECIMIENTO</b>                     | iii         |
| <b>DEDICATORIA</b>                        | iv          |
| <b>RESUMEN</b>                            | v           |
| <b>ABSTRACT</b>                           | vi          |
| <b>PRESENTACIÓN</b>                       | vii         |
| <b>ÍNDICE</b>                             | ix          |
| <b>LISTA DE TABLAS</b>                    | xi          |
| <b>LISTA DE GRAFICOS</b>                  | xii         |
| <b>LISTA DE ANEXOS</b>                    | xiii        |
| <br>                                      |             |
| <b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>            |             |
| I.a. Planteamiento del problema.          | 14          |
| I.b. Formulación del problema             | 16          |
| I.c. Objetivos                            | 17          |
| I.c.1.General                             | 17          |
| I.c.2.Específicos.                        | 17          |
| I.d. Justificación                        | 18          |
| I.e. Propósito                            |             |
| <br>                                      |             |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>         |             |
| II.a. Antecedentes bibliográficos         | 19          |
| II.b. Base teórica                        | 24          |
| II.c. Hipótesis.                          | 33          |
| II.d. Variables                           | 34          |
| II.e. Definición operacional de términos. | 34          |

### **CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

|  |    |
|--|----|
| III.a. Tipo de estudio                                 | 36 |
| III.b. Área de estudio                                 | 36 |
| III.c. Población y muestra.                            | 36 |
| III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 37 |
| III.e. Diseño de recolección de datos                  | 38 |
| III.f. Procesamiento y análisis de datos               | 40 |

### **CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

|                  |    |
|------------------|----|
| IV.a. Resultados | 41 |
| IV.b. Discusión. | 48 |

### **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

|                      |    |
|----------------------|----|
| V.a. Conclusiones.   | 54 |
| V.b. Recomendaciones | 55 |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA</b> | 56 |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>              | 60 |
| <b>ANEXOS</b>                    | 61 |

## LISTA DE TABLAS

|                |  | Pág. |
|----------------|--|------|
| <b>TABLA 1</b> | Datos Generales Del Adulto Mayor Residente en la Casa De Reposo “La Vida Continua”, Villa María Del Triunfo Noviembre 2016   | 41   |
| <b>TABLA 2</b> | Relación Entre La Calidad De Vida y El Estado Nutricional Generales Del Adulto Mayor Residente En La Casa De Reposo “La Vida Continua”, Villa María Del Triunfo Noviembre 2016 | 47   |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                  |  | Pág. |
|------------------|--|------|
| <b>GRÁFICO 1</b> | Calidad de Vida del Adulto Mayor Residente de la Casa De Reposo “La Vida Continua”, Villa María del Triunfo / Lima – Perú Noviembre 2016.                                      | 42   |
| <b>GRÁFICO 2</b> | Estado Nutricional de los Adultos Mayores Residentes de La Casa De Reposo “La Vida Continua”, Villa María Del Triunfo / Lima – Perú Noviembre 2016.                            | 43   |
| <b>GRÁFICO 3</b> | Calidad de Vida del Adulto Mayor Residente de la Casa De Reposo “La Vida Continua” Según Dimensión Relación Familiar,, Villa María del Triunfo / Lima – Perú Noviembre 2016    | 44   |
| <b>GRÁFICO 4</b> | Calidad de Vida del Adulto Mayor Residente, de la Casa De Reposo “La Vida Continua”, Según Dimensión Relaciones Sociales Villa María Del Triunfo / Lima – Perú Noviembre 2016. | 45   |
| <b>GRÁFICO 5</b> | Calidad de vida del Adulto Mayor Residente según dimensión situación económica, de la casa de reposo “la vida continua”, Villa María del Triunfo / Lima – Perú Noviembre 2016. | 46   |

## LISTA DE ANEXOS

|                |                                 | <b>PÁG.</b> |
|----------------|---------------------------------|-------------|
| <b>ANEXO 1</b> | Operacionalización de variables | 62          |
| <b>ANEXO 2</b> | Instrumento                     | 64          |
| <b>ANEXO 3</b> | Prueba binomial                 | 68          |
| <b>ANEXO 4</b> | Confiabilidad del instrumento   | 69          |
| <b>ANEXO 5</b> | Informe de la prueba piloto     | 70          |
| <b>ANEXO 6</b> | Escala de valoración            | 71          |
| <b>ANEXO 7</b> | Tabla de valoración IMC         | 73          |

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Para la OMS la calidad de vida está enlazada al bienestar de la persona.<sup>1</sup> La población mundial está envejeciendo mucho más rápido. Entre 2000 y 2050, la población del mundo se duplicará, pasando del 11% al 22%; por lo tanto, este grupo etario pasará de 605 a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.<sup>2</sup>

Una investigación realizada por la OMS en el 2014, reveló que la progresiva carga de padecimientos crónicos afligirá grandemente a la calidad de vida de las personas adultas mayores. Debido a que ahora en el mundo la expectativa de vida se ha extendido, entonces el aumento de los padecimientos crónicos y el descenso del bienestar están consignados a ser un notorio desafío mundial de salud.<sup>3</sup>

Al respecto el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) anunció que al 2015, la población adulta mayor en Perú fue 3 millones 11 mil 50 personas que corresponden al 9,7% de la población total. De la mencionada cifra, 1 millón 606 mil 76 son de sexo femenino (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son varones (46,6%). En el Perú como en todo el mundo ocurre el fenómeno de la feminización de la vejez.<sup>4</sup>

Fernández R., citado por Flores et. Al.<sup>5</sup> afirma que en la sociedad actual el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos, que lo han marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones

que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y, por ende, satisfactorias condiciones de bienestar.

Un estudio realizado en Cuba sobre la calidad de vida en 48 adultos mayores que residían una Casa de abuelos y 48 no residentes reportó que los adultos mayores institucionalizados respondieron favorablemente en las dimensiones salud con 73,8%, condiciones socioeconómicas 66, 7% y satisfacción con la vida 90,4%; sin embargo los adultos mayores del grupo de control mostraron porcentajes más bajos respecto a su percepción favorable en las dimensiones salud 61%, condiciones socioeconómicas 61, 9% y satisfacción con la vida 73,9%.<sup>6</sup> Esta situación contrasta con lo encontrado en Colombia, por Ramírez et al., citados por Melguizo Herrera E, et al, ya que detectaron un deterioro importante de la calidad de vida de adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Cali.<sup>7</sup>

Respecto al estado nutricional, un estudio realizado en Cuba en 266 adultos mayores de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), evidenció que la más de la mitad 51,25% se encontraba dentro del rango normal, solamente 5% estuvo bajo peso y 43,75% estaba con sobrepeso u obesos.<sup>8</sup>

Varela Pinedo LF, aduce que estudios en el Perú han encontrado prevalencias de malnutrición en 85% de adultos mayores residentes en las casas de reposo, y mayor de 15% en la comunidad; así mismo cita a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el trimestre 2012, la cual revela que 26,3% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico.

Otro estudio a nivel nacional en adultos mayores evaluados a través del IMC según la clasificación de la OMS, reportó que presentaban exceso de peso (sobrepeso u obesidad) los varones 25,7% y las mujeres 38,4%; 39,4%, 37,5% de los que tenían exceso de peso eran no pobres. <sup>9</sup>

En este sentido al interactuar con los adultos mayores residentes de la casa de reposo la vida continúa ellos manifestaron lo siguiente: Señorita “El menú es agradable pero no balanceado ya que pocas veces nos dan frutas y verduras. A veces el almuerzo sale tarde son muchas situaciones que nos tienen mal. sumando a esto “Mis familiares no me visitan y eso me pone triste ” , “no salimos mucho , a veces hacen paseos , nos llevaron de viaje una vez a Chilca la pasamos muy bonito pero me gustaría también poder pasar más momentos al lado de mis familiares ellos por su trabajo no tienen mucho tiempo para visitarme” , cuando pueden venir tienen tiempo solo para preguntarme como estoy , si me atienden bien o como lo que me dan aquí pero no me conversan más , parece que les pesara verme o visitarme”; frente a esta problemática se formula la siguiente interrogante:

### **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional del adulto mayor residente de la Casa de Reposo “La vida Continua”, Villa María del Triunfo Noviembre 2016?

## **I.c. OBJETIVOS**

### **I.c.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre calidad de vida y estado nutricional del adulto mayor residente de la Casa de Reposo “La vida Continua”, Villa María del Triunfo Noviembre 2016

### **I.c.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar la calidad de vida del Adulto Mayor Residente según dimensión:

- Bienestar emocional
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material

Valorar el estado nutricional del adulto mayor según:

- Índice de masa corporal

### **I.d. JUSTIFICACIÓN:**

Esta investigación es necesaria porque los adultos mayores apartados del vínculo familiar por diferentes razones podrían estar sumidos en la soledad, sentimientos de minusvalía, depresión, ansiedad y otros trastornos que podrían interferir en su estado nutricional. Así mismo, los albergues o casas de reposo no necesariamente cuentan con profesionales de la salud que evalúan la dieta diaria que recibe el adulto mayor.

Así mismo, la investigación es trascendente socialmente porque a través de los hallazgos sobre la problemática que implica la calidad de vida del adulto mayor, se podría proponer soluciones para modificar las deficiencias encontradas y fortalecer las áreas, para contribuir en el logro de una mejor calidad de vida y estado nutricional.

Mediante la investigación realizada se procura construir nuevos conocimientos sobre la calidad de vida en adultos mayores que viven lejos del seno familiar y que en ocasiones reciben visitas esporádicas y por corto tiempo por parte de sus familiares. A su vez esta investigación sirve de apoyo y/o base para otros estudios referentes a este tipo de problemática, fomentando así la exploración y actualización de los conocimientos en el cuidado del adulto mayor, y para la construcción de nuevos instrumentos.

## **I.e PROPÓSITO**

Los hallazgos de este estudio serán entregados a las autoridades de la casa de reposo "La Vida Continua" a fin de que se diseñen estrategias para mejorar calidad de vida a través de talleres de educación continua al personal con la inclusión de la familia, para promover la empatía, el buen trato y a la vez, mejorar el estado nutricional de los adultos mayores residentes, considerando cada caso en forma individualizada; así mismo se espera que el estudio pueda servir como marco de referencia para futuros estudios como para la creación de nuevos instrumentos.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Marín C, Castro S. Realizaron en el 2012 en Colombia un Estudio descriptivo, transversal con el objetivo de **COMPARAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN DOS COMUNIDADES DE SANTA MARTA” REALIZADA EN LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA, DURANTE EL 2011.** Metodología: estudio descriptivo, transversal, con participación de 177 adultos mayores a los cuales les aplicaron una ficha de datos sociodemográficos y el cuestionario SF36. Resultados: predomina el sexo femenino con el 62% y los casados con 52%; mayor participación de los de 60 a 64 años (38%); el 75% vive acompañado; el 74% tienen ingresos económicos; el porcentaje de mayor escolaridad incumbe a bachillerato completo (31%). En cuanto a los resultados del Short Form–36 Health Survey (SF36), los valores más altos se obtuvieron en las dimensiones de función social y salud mental con el 93% cada una, los de más bajo valor son rol físico (78%) y salud general (69%). Conclusiones: la calidad de vida de los adultos mayores de Santa Marta se percibe como buena, el sexo femenino es un factor protector, mientras que la edad se convierte en un factor de riesgo. <sup>12</sup>

Estrada A, Chavarriaga M, Ordóñez J, Cardona D, Segura M, Osorio Realizaron en el 2011 en Colombia un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de explorar las **CONDICIONES ASOCIADAS CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS EN HOGARES GERIÁTRICOS.** Materiales y métodos. Estudio transversal de 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar

del Anciano de Medellín. La calidad de vida se evaluó mediante el World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud; utilizaron la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la minivaloración nutricional y, también, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. La indagación se examinó con pruebas U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, la correlación de Pearson y un modelo de regresión lineal múltiple. Resultados. 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de 79,2 ± 8,0 años, 71 % considerándose independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 % presentaba sintomatología depresiva y 33 % mostraron riesgo de ansiedad, 28,3 % deterioro funcional y, 54,3 %, posible malnutrición. Asimismo se encontró una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostró una asociación positiva. Conclusión. Existe deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares.<sup>11</sup>

## **NACIONALES**

García P, Perla J. Realizaron en el 2016 en Perú, un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo Objetivo: Determinar **LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTEN A LA CASA “POLIFUNCIONAL PALMAS REALES” LOS OLIVOS, LIMA 2016.** Materiales y métodos: El estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo La población estuvo conformada por 150 adultos mayores entre varones y

mujeres. Emplearon El WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 interrogantes agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Calificaciones mayores indican mejor calidad de vida, con indicadores de buena, regular y mala calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Resultados: Los resultados mostraron que, del total de los adultos mayores 46% presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% presentan una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Conclusiones: Existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo.<sup>10</sup>

Espinoza P, Álvarez D, Tarqui C, Gómez G. Realizaron en el 2014 Perú un estudio transversal analítico con el objetivo de describir el **ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES Y SU ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**. Materiales y métodos. Se realizó un estudio transversal analítico. El muestreo fue probabilístico, estratificado y multietápico. El estado nutricional se evaluó mediante el índice de masa corporal (IMC) según la categorización del estado nutricional para el adulto mayor del Ministerio de Salud de Perú. El examen estadístico discurrió la ponderación necesaria para muestras complejas. Resultados. Incluyeron a 7267 adultos mayores con una media de edad de 70,1 ± 8,3 años. El

26,8% presentaron delgadez, 21,7% sobrepeso y 10,6% obesidad. El analfabetismo (OR 1,9; IC 95%: 1,2-3,0), nivel educativo primario (OR 1,9; IC 95%:1,3-2,9), pobreza extrema (OR 2,0; IC 95%:1,6-2,5), morar en área rural (OR 1,8; IC 95%:1,5-2,1), sierra (OR 1,6; IC 95%: 1,2-2,2) o selva (OR 1,6; IC 95%:1,1-2,2) fueron factores asociados a delgadez.

El sexo femenino (OR 1,8; IC 95%:1,4-2,1), vivir en área urbana (OR 2,0; IC 95%: 1,6-2,5) o costa (OR 1,5; IC 95%:1,2-1,8); y ser no pobre (OR 1,9; IC 95%: 1,3-2,9) asoció a sobrepeso. El sexo femenino (OR 3,1; IC 95%: 2,3-4,1), nivel educativo primario (OR 2,4; IC 95%: 1,5-4,0) y secundario (OR 2,0; IC 95%: 1,2-3,4); vivir en área urbana (OR 2,2; IC 95%:1,6-2,9), la costa (OR 1,8; IC 95%: 1,3-2,4), Lima Metropolitana (OR 1,6; IC 95%:1,1-2,2) selva (OR 1,6; IC 95%: 1,1-2,2), y ser no pobre (OR 3,5; IC 95%:1,8-7,0) estuvieron asociados a obesidad. Conclusiones. Los datos sugieren que tanto la delgadez como el exceso de peso son acostumbres en la población de adultos mayores estudiada.<sup>14</sup>

Pardo M, Rodríguez Y. Realizaron en el 2014 e Perú un estudio de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo con el objetivo de determinar la **RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA H.U.P JAVIER HERAUD - SANTA**. La muestra estuvo constituida por 143 adultos mayores. Para la cogida de datos utilizaron dos instrumentos: la escala de estilo de vida y la tabla de valoración nutricional según índice de masa corporal para el adulto mayor de 60 años a más. El análisis y proceso de datos se realizó en el Software SPSS versión 18.0. Aplicaron la prueba estadística de independencia de criterios Chi Cuadrado, con 95% de confianza, para establecer la relación que existe entre las variables, llegándose a las siguientes conclusiones: Más de la mitad de los adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable y un menor porcentaje, saludable. En relación al estado nutricional se halló que menos de la mitad de los adultos mayores

presentan estado nutricional normal; más de la cuarta parte, sobrepeso; menos de la quinta parte, delgadez; y más de la décima parte, obesidad. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional en el adulto mayor de la H. U. P. “Javier Heraud” del distrito de Santa.<sup>15</sup>

Cárdenas H, Roldan L. Realizaron en el 2013 Perú, un estudio descriptivo con el objetivo de determinar el **ESTADO ALIMENTICIO DEL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO Y SU RELACIÓN CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS**. Metodología: Seleccionaron aleatoriamente 300 AM residentes en viviendas de Lima Metropolitana, de diferentes estratos socioeconómicos, con afijación uniforme. El estado nutricional se estableció con el Índice de Masa Corporal (IMC) y el Perímetro Braquial. Los Adultos mayores clasificaron según el IMC: en normal de 22 a 27, sobrepeso de 27,1 a 29,9 y obesidad  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>. La ingestión dietética se evaluó con una encuesta de recordatorio de 24 horas. Resultados: La prevalencia de exceso de peso fue 48%, 26% tenía sobrepeso y 22,3 % eran obesos) sin diferencias significativas entre niveles socioeconómicos (NSE) ( $p=0,088$ ). Se reportó mayor obesidad en mujeres y con diferencias significativas entre NSE ( $p=0,030$ ). La mayor prevalencia de obesidad observada en la población de mujeres del NSE medio 32 %. El NSE influyó significativamente en el consumo de lípidos, vitamina C y calcio. El consumo de energía, proteínas, carbohidratos, fibra, hierro y fósforo, no difieren significativamente con el NSE. Conclusiones: El estado nutricional y el consumo de nutrientes de los AM no mostraron relación con el NSE.<sup>13</sup>

**Los estudios antepuestos permiten tener una idea universal sobre la situación de las personas adultas mayores a nivel internacional y nacional. Además de poder comparar la situación de estos en cuanto a**

**sus relaciones sociales, situación económica y familiar que son condicionantes a su calidad de vida, siento esta de gran importancia para garantizar un buen funcionamiento tanto físico, psicológico y emocional. Asimismo, nos sirvieron para poder regir el aspecto metodológico de las discusiones de los resultados obtenidos por la investigación.**

## **II.b. BASE TEÓRICA**

### **CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA**

A menudo el concepto de “bienestar” es usado como sinónimo de calidad de vida. El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades “<sup>16</sup>

La calidad de vida se mejora cuando las personas perciben que tienen poder para participar en decisiones que afectan a sus vidas. Durante mucho tiempo las personas con discapacidad se han visto despojadas de sus capacidades para poder tomar decisiones, habiendo asumido ese papel de decisión bien las familias, bien los profesionales, o ambos (aun cuando generalmente se haya hecho con la mejor intención).<sup>17</sup>

La calidad de vida aumenta mediante la aceptación y plena integración de la persona en su comunidad. El respeto a cada persona, con independencia de la discapacidad o trastorno que presente, es un factor esencial en la percepción de calidad de la vida. Cada uno de nosotros valoramos de

manera positiva la realización de tareas que suponen una participación real en la vida de nuestra comunidad y una aceptación por parte de nuestros semejantes. Una persona experimenta calidad de vida cuando se cumplen sus necesidades básicas y cuando esta persona tiene las mismas oportunidades que los demás para perseguir y lograr metas en los contextos de vida principales, como son el hogar, la comunidad, la escuela y el trabajo.<sup>17</sup>

## **DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA**

**Bienestar Emocional:** Los ejemplos centrales propuestos de indicadores objetivos de esta dimensión son: la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el auto concepto y la satisfacción con uno mismo. La calidad de vida, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye los niveles intelectual, emocional, familiar, vida física, vida social, vida económica, vida, espiritual, vida laboral. La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los adultos mayores y que representa la suma de impresiones subjetivas y personales del “sentirse bien. El estudio del bienestar emocional se centra en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los desafíos vitales, en el esfuerzo por conseguir la realización personal.<sup>17</sup>

Los adultos mayores ante cualquier eventualidad exhiben mayores niveles de estrés en relación a los adultos y jóvenes; por lo se necesita que se apliquen y socialicen adecuadas estrategias de afrontamiento para atenuar el estrés. La espiritualidad es la dimensión más amplia en la calidad de vida del adulto mayor; es posible que esté ligada a su sistema de creencias y a su

religiosidad; pero se ha comprobado que los adultos mayores que practican determinada religión cristiana tienen menos índice de suicidios.<sup>17</sup>

**Relaciones Interpersonales:** Los indicadores centrales de esta dimensión son: intimidad, afecto, familia, interacciones, amistades, apoyos. Las técnicas de mejora propuestas son: permitir la intimidad, permitir el afecto, apoyar a la familia, fomentar interacciones, promover amistades, proporcionar apoyos.<sup>18</sup>

Serra, Dato y Leal citados por Meléndez J, aducen que el abordaje del tema de las relaciones sociales e interpersonales en los adultos mayores es negativo desde la perspectiva de muchas personas. De acuerdo a la Teoría de la Desvinculación sostienen, que las personas, se retiran de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción del compromiso con las normas y valores. Por la forma del planteamiento de la vejez; ésta puede percibirse como una pérdida que puede determinar una ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales. En esta etapa puede ocurrir simultáneamente una serie de factores tales como el alejamiento de los compañeros de trabajo, cuando la persona mayor pierde su rol laboral por la jubilación. Así mismo, en su hogar podría existir cierta carencia afectiva percibida en cuanto a la relación con los hijos, lo que puede determinar el síndrome del nido vacío).<sup>18</sup>

**Bienestar Material:** Los indicadores centrales propuestos para esta dimensión son: derechos, económico, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, estatus socioeconómico. Las técnicas para la mejora de esta dimensión en el adulto mayor son: permitir tener acceso a su propiedad, evitando que los hijos o familiares usurpen sus derechos, que la leyes los protejan estableciendo penas más severas para los usurpadores; así mismo

hay que defender su seguridad financiera, para que tengan acceso a la pensión 65 aquellos que vivan en condiciones de pobreza extrema, hay que certificar ambientes seguros para evitar caídas o quemaduras, debe existir empleo para el adulto mayor con el apoyo de instituciones sociales ; es necesario fomentar el sentido de pertenencia y posesión de bienes en los adultos mayores para asegurar su independencia y autonomía.<sup>19</sup>

## **ESTADO NUTRICIONAL**

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos y funciones del organismo. De allí, la importancia de evaluar el estado nutricional en este grupo. El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Esto implica que debe ser realizada en forma interdisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad.<sup>19</sup>

### **Evaluación del estado nutricional**

La evaluación clínica del estado nutricional, pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, los cambios en la ingesta, los cambios en el peso, así como la capacidad funcional del individuo. De esta forma una evaluación del estado nutricional completa debe incluir antropometría y la evaluación de los

patrones alimentarios, de la ingesta de fuentes de energía y nutrientes, de algunos parámetros bioquímicos y de indicadores de independencia funcional y actividad física.<sup>19</sup>

#### Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional

El mayor atractivo de la antropometría es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria. Sin embargo, las mediciones aisladas son de valor limitado. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en los adultos mayores, considerando que la definición de los estándares adecuados es aún materia de debate.

La antropometría tampoco permite una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo, desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral, lo que ocurre con la edad. También existen dificultades para la estimación de la talla, dada las alteraciones en la columna vertebral que frecuentemente se observan en esta etapa.<sup>19</sup>

#### Peso y talla

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global. El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir la composición corporal. En cambio, la comparación del peso actual con pesos previos, permite estimar la trayectoria del peso. Esta información es de utilidad, considerando que las pérdidas significativas son predictivas de discapacidad en el adulto de edad avanzada. Por esta razón, la pérdida de 2.5 kg en tres meses, debe inducir a una evaluación completa.<sup>19</sup>

#### Índice de masa corporal

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de Quetelet (peso en kg / talla<sup>2</sup> en m<sup>2</sup> ) o índice de masa corporal (IMC). Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente así: mayor que 23 kg/m<sup>2</sup> y menor que 28 kg/m<sup>2</sup> . No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango no son recomendables, especialmente si se asocian a otros factores de riesgo. <sup>19</sup>

## **ADULTO MAYOR**

La OMS considera que en los países desarrollados la etapa de vida Adulto Mayor a partir de los 65 años; sin embargo para los países en desarrollo considera a partir de los 60 años.

La ONU a partir del año 1996 denomina a este grupo poblacional “Personas Adultas Mayores”.

Para definir cómo se es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.<sup>20</sup>

El adulto mayor pasa por una etapa, en la que los proyectos de vida ya se han concretado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Continuamente las personas de la tercera edad han

dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.<sup>20</sup>

Este contexto hace que las personas adultas mayores muchas veces sean consideradas como una molestia para sus familias, por lo que un problema progresivo en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en las casas de reposo , albergues entre otros que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con variedad de comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable).<sup>20</sup>

#### Clasificación del adulto mayor

La población mayor de 60 años es diversa, no es homogénea en absoluto. Personas con edades similares, presentan características de salud totalmente diferentes. Consecuentemente hay que diferenciar los distintos.

Perfiles de personas mayores. Las siguientes son las definiciones que de manera aproximada tienen consenso en el ámbito médico:

- a) Adulto mayor sano: es una persona de edad avanzada sin enfermedades objetivable, es decir, que no se puede medicalizar. Es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud.<sup>20</sup>

**b)** Adulto mayor Enfermo: en medicina se llama así al anciano sano que presenta una enfermedad aguda. Es decir, su perfil es similar al de cualquier adulto que presenta una enfermedad y que acude a una consulta o tiene un ingreso a un hospital por un proceso único. No tiene demencias ni conflictos sociales que generen riesgo a su salud. Sus problemas de salud pueden ser atendidos con el servicio convencional y con la especialidad médica pertinente.

**c)** Adulto mayor Frágil: Conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia. Generalmente es una persona que, aun teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familia y sí mismo. Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas pero en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas (por ejemplo conducir un coche por un periodo prologado) puede necesitar ayuda.

20

**d)** Paciente geriátrico: persona de edad avanzada con una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. Son dependientes de para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodegenerativa o mental. En este tipo de paciente hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria.<sup>20</sup>

Clasificación según la OPS

Los Adultos Mayores se clasifican en tres grandes grupos:

- a) Persona adulta mayor auto Valente: Es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado: Comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, que son actividades tales como: cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad.<sup>20</sup>
  
- b) Persona adulta mayor frágil: Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a enfermarse o de sufrir algún tipo de discapacidad.
  
- c) Persona adulta mayor dependiente o postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria<sup>20</sup>

### **TEORÍA ADAPTACIÓN: CALIXTA ROY**

Esta teoría de nivel de adaptación de Roy, concierne a este estudio considerando que el adulto mayor es impuesto a "adaptarse" en un ambiente probablemente inhóspito donde va a vivir alejado de sus seres queridos y amigos. El nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se

describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido. El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas de los adultos mayores. En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema de ellos mismos. El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación para los adultos mayores ya que son más vulnerables ante los cambios.

El modelo de adaptación de Roy contiene cuatro elementos esenciales: Persona conformada por el adulto mayor asilado que busca mecanismos de afrontamiento para vivir en un nuevo medio. Salud: proceso del adulto mayor para llegar a ser integrado y total logrando la capacidad de combatir la enfermedad y la muerte. Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de los adultos mayores.<sup>21</sup>

## **II .c. HIPÓTESIS**

### **HIPOTESIS GENERAL**

Existe relación significativa entre la calidad de vida y el estado nutricional del adulto mayor residente de la Casa de Reposo “La vida Continua”, Villa María del Triunfo Noviembre 2016”

## **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

La calidad de vida del adulto mayor residente de la Casa de Reposo “La vida Continua”, Villa María del Triunfo Noviembre 2016 es inadecuada según:

- Bienestar Emocional
- Relaciones Sociales
- Bienestar Material

El estado nutricional del adulto mayor residente de la Casa de Reposo “La vida Continua”, Villa María del Triunfo Noviembre 2016 es inadecuado según:

- Índice de Masa Corporal.

## **II.d. VARIABLES**

Independiente: Calidad de Vida

Dependiente: Estado Nutricional

## **II.e. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES**

A continuación, se expone algunos términos utilizados en el presente trabajo de estudio.

### **CALIDAD DE VIDA:**

Apreciación que tiene el Adulto Mayor Residente de la casa de Reposo La Vida Continúa de acuerdo a las dimensiones Bienestar Emocional, Relaciones Sociales y Situación Económica medidas a través de la Escala FUMAT que mide la calidad de vida cuyo valor final es adecuada e inadecuada

**ESTADO NUTRICIONAL:**

El Estado Nutricional de los Adultos Mayores Residentes de la Casa de Reposo la Vida Continua está determinado por el Índice de Masa Corporal considerando el peso y la talla.

**ADULTO MAYOR RESIDENTE:** Toda persona Adulta Mayor que resida en la casa de Reposo la Vida Continua.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **III.a. TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, porque se expresó numéricamente el valor de las variables en estudio haciendo uso de la estadística.

Se aplicó el método de tipo correlacional, porque se establece la asociación entre las variables calidad de vida y estado nutricional. Según el periodo y secuencia del estudio fue transversal porque el estudio se investigó en una circunstancia temporal determinada.

### **III.b. AREA DE ESTUDIO**

La Casa de Reposo La Vida Continua se encuentra ubicada en el Distrito de San Juan de Miraflores en el Jirón Túpac Amaru 213 a la altura del Hospital María Auxiliadora, cuenta con los servicios de atención de Enfermería, Psicología entre otros. Casa de consta de dos niveles: en el primer nivel encontramos el área de recibimiento, jardín, habitaciones, cocina, servicios higiénicos y lavandería.

En el segundo piso encontramos habitaciones, servicios higiénicos, oficinas de coordinación y áreas de descanso del personal.

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La Población Adulta Mayor de La Casa de Reposo La Vida Continua / Villa María del Triunfo constituida por más de 120 Residentes Adultos Mayores de ambos sexos.

La muestra estuvo conformada por 51 personas Adultas Mayores de ambos sexos pertenecientes de la “Casa de Reposo La Vida Continua”.

❖ **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores Residentes que pertenecen a la Casa de Reposo La Vida Continua.
- Adultos Mayores Residentes de la Casa de Reposo la Vida Continua que acepten participar voluntariamente de la investigación previo consentimiento informado.

❖ **Criterios de exclusión**

- Adultos Mayores Residentes que no desean participar del estudio.
- Adultos mayores que no residan en la casa de Reposo La Vida Continua.
- Adultos mayores Residentes con problemas psiquiátricos.

### **III.d. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la presente investigación se utilizó una encuesta para la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor mediante el cuestionario tipo Likert; este método consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presentó cada afirmación y se pidió al adulto mayor que exprese su reacción eligiendo una de los cuatro puntos de escala. A cada punto se le

designó un valor numérico. El instrumento consta de la presentación, instrucciones, datos generales de la unidad de análisis, datos específicos sobre la variable en estudio (preguntas 15); se contó con un periodo de 20 a 30 minutos para aplicar el instrumento.

Dicho instrumento pasó por dos momentos para su aceptación, validez y confiabilidad, la primera se realizó a través del juicio de expertos conformado por 06 expertos en el área, siendo sus respuestas tabuladas y evaluadas mediante la prueba binomial obteniendo un  $P < 0.0437$ . Lo cual indicó que si es válido.

La escala FUMAT fue elaborada por, Verdugo Alonso MA, Gómez Sánchez LE, Arias Martínez, B, y validada en el 2009 , España en una muestra de 100 usuarios adultos mayores en la Natía Fundazioa (San Sebastián). La fiabilidad se evaluó en términos de consistencia interna (Alpha de Cronbach y correlación entre dos mitades de Spearman-Brown) y estructura factorial (fiabilidad zeta y omega). La validez se evaluó en términos de validez de contenido, validez discriminante, validez concurrente y validez de constructo.

Tras el proceso de eliminación de ítems, la consistencia interna aumentó ligeramente según el coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,962$ ) y disminuyó levemente según la correlación entre dos mitades de Spearman-Brown ( $r = 0,894$ ). No obstante, la escala presenta una fiabilidad bastante elevada aun si se acorta considerablemente la longitud de la escala (de 80 a 57 ítems).

Se aplicó alfa de Cronbach 0.75. El instrumento estuvo conformado por quince preguntas que miden la calidad de vida en sus diversas dimensiones: para la dimensión bienestar emocional se planteó cinco preguntas; en la dimensión relaciones interpersonales se planteó 5 preguntas y para la dimensión bienestar material se planteó cinco preguntas.

Calidad de vida: Relaciones interpersonales, bienestar emocional y bienestar material tuvo como valor final

- Adecuada
- Inadecuada

Para el estudio de la variable estado nutricional se utilizaron 2 tallímetros y una balanza digital mediante los cuales se procedió a realizar las mediciones antropométricas a cada uno de los residentes, se las cuales fueron registradas para realizar el análisis posterior.

### **III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se inició , en coordinación con la casa de reposo " La Vida Continua" mediante la elaboración de las cartas de presentación así mismo obteniéndose la aceptación de los permisos para facilitar la aplicación del instrumento para la valoración de la calidad de vida y toma de medidas antropométricas para la variable estado nutricional mediante el IMC , todo ello con la confiabilidad y total discreción lo cual hace prevalecer los valores y principios bioéticos de los participantes del estudio.

Los días 03 y 04 de agosto se realizaron las encuestas a cada Residente de la Casa De Reposo, previa presentación y explicación de cada paso para ser resuelto, se agrupo en mujeres y varones para realizar las mediciones respectivas para la segunda variable, estado nutricional, culminando la recolección de datos el día 04 de agosto a las 12: 30 aproximadamente agradeciendo la aceptación y participación de los Residentes.

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para el procesamiento de los datos obtenidos a través del cuestionario, se procedió a codificar las respuestas, para luego elaborar una matriz de datos mediante la tabulación electrónica en la hoja de cálculo de Excel 2013, para que los datos fueran procesados y analizados.

## CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

### IV.a. RESULTADOS

**TABLA 1**

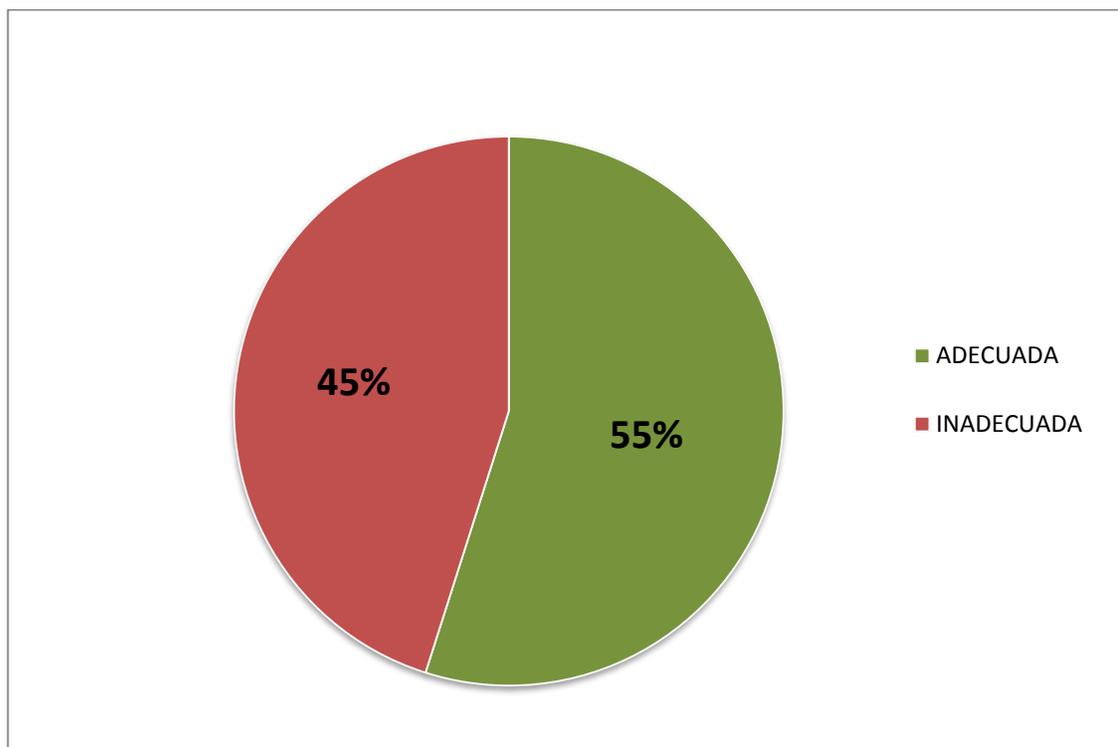
**DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR DE LA CASA DE REPOSO “LA VIDA CONTINUA” VILLA MARIA DEL TRIUNFO  
NOVIEMBRE 2016**

| DATOS GENERALES             | CATEGORIA       | n= 51     | 100%      |
|-----------------------------|-----------------|-----------|-----------|
| <b>EDAD</b>                 | <b>60 a 75</b>  | <b>28</b> | <b>55</b> |
|                             | 76 a mas        | 23        | 45        |
| <b>GENERO</b>               | <b>Femenino</b> | <b>40</b> | <b>78</b> |
|                             | Masculino       | 11        | 22        |
| <b>ESTADO CIVIL</b>         | Soltero         | 3         | 7         |
|                             | <b>Casado</b>   | <b>36</b> | <b>70</b> |
|                             | Viudo           | 5         | 10        |
|                             | Divorciado      | 7         | 13        |
| <b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b> | Primaria        | 5         | 10        |
|                             | Secundaria      | 12        | 23        |
|                             | Técnico         | 11        | 22        |
|                             | <b>Superior</b> | <b>23</b> | <b>45</b> |

La mayoría de adultos mayores tiene más de 75 años 45% (23) y son mujeres 78% (40).

## GRÁFICO 1

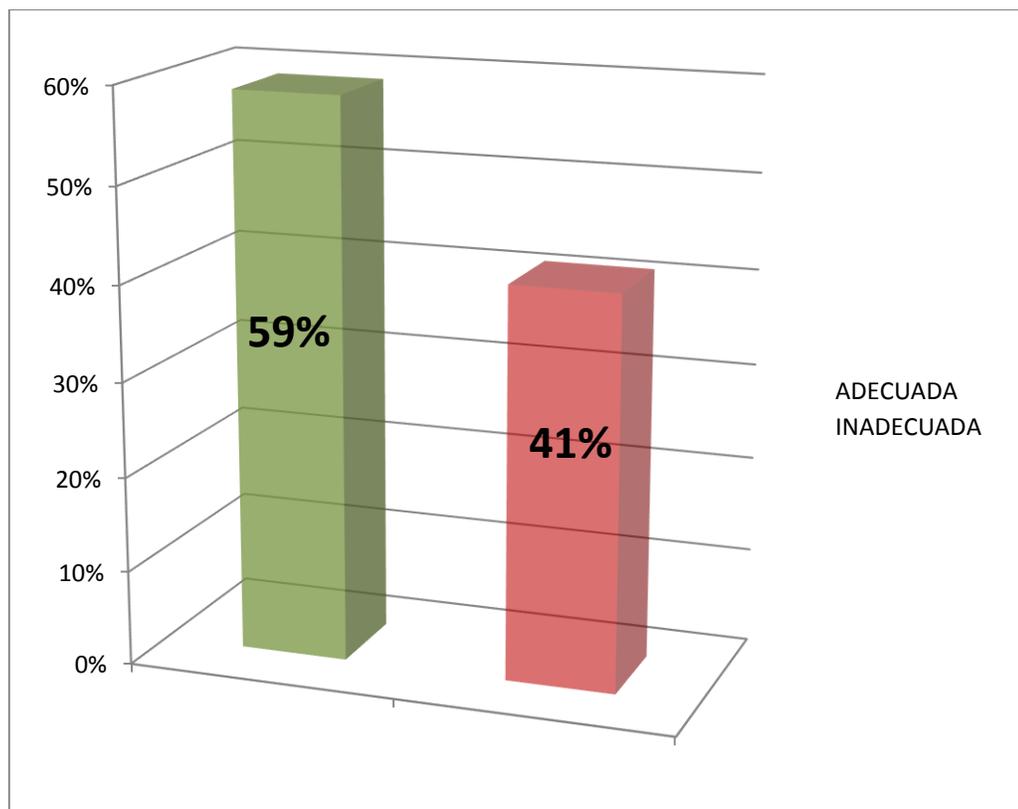
### CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE DE LA CASA DE REPOSO "LA VIDA CONTINUA" VILLA MARIA DEL TRIUNFO NOVIEMBRE 2016



La calidad de vida de los adultos mayores residentes de la casa de reposo es adecuada 55% (28) e inadecuada 45% (23).

## GRÁFICO 2

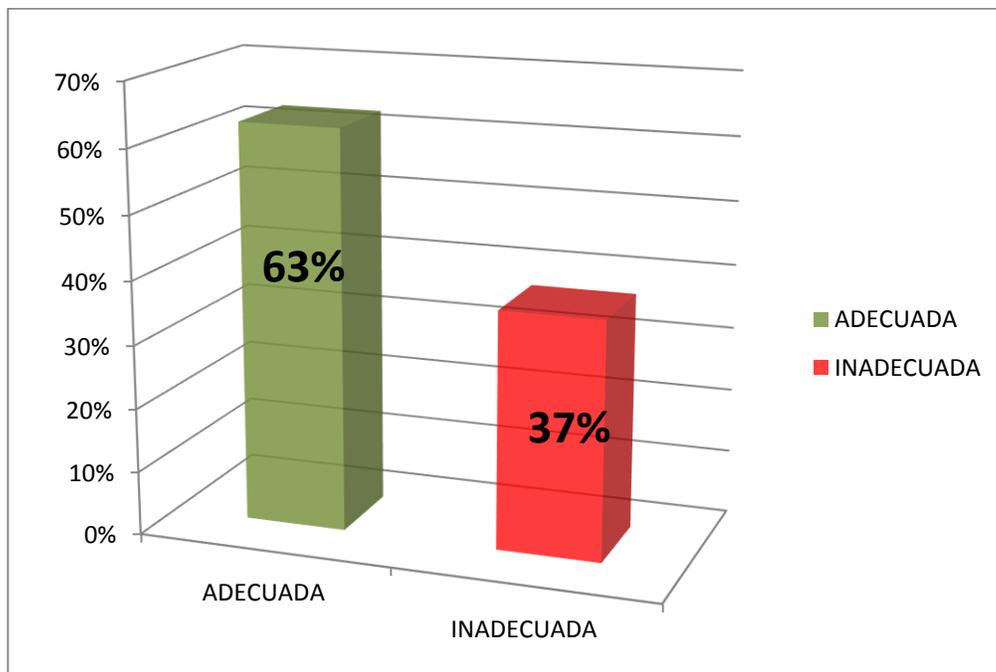
### CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA REPOSO “LA VIDA CONTINUA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL” VILLA MARÍA DEL TRIUNFO NOVIEMBRE 2016



La mayoría de los adultos mayores de la casa de reposo según dimensión bienestar emocional, presentan calidad de vida adecuada 59% (30) e inadecuada 41% (21) .

### GRÁFICO 3

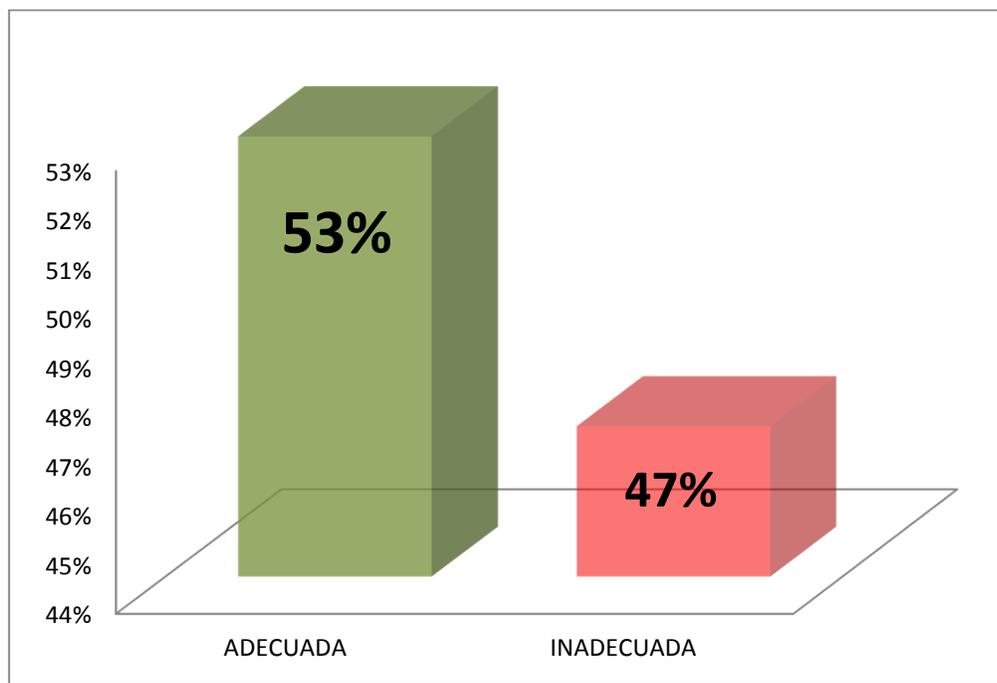
#### CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA REPOSO “LA VIDA CONTINUA SEGÚN DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES ” VILLA MARÍA DEL TRIUNFO NOVIEMBRE 2016



La mayoría de los adultos mayores de la casa de reposo, según dimensión relaciones sociales, presentan calidad de vida adecuada 63% (32) e inadecuada 37%( 19).

#### GRAFICO 4

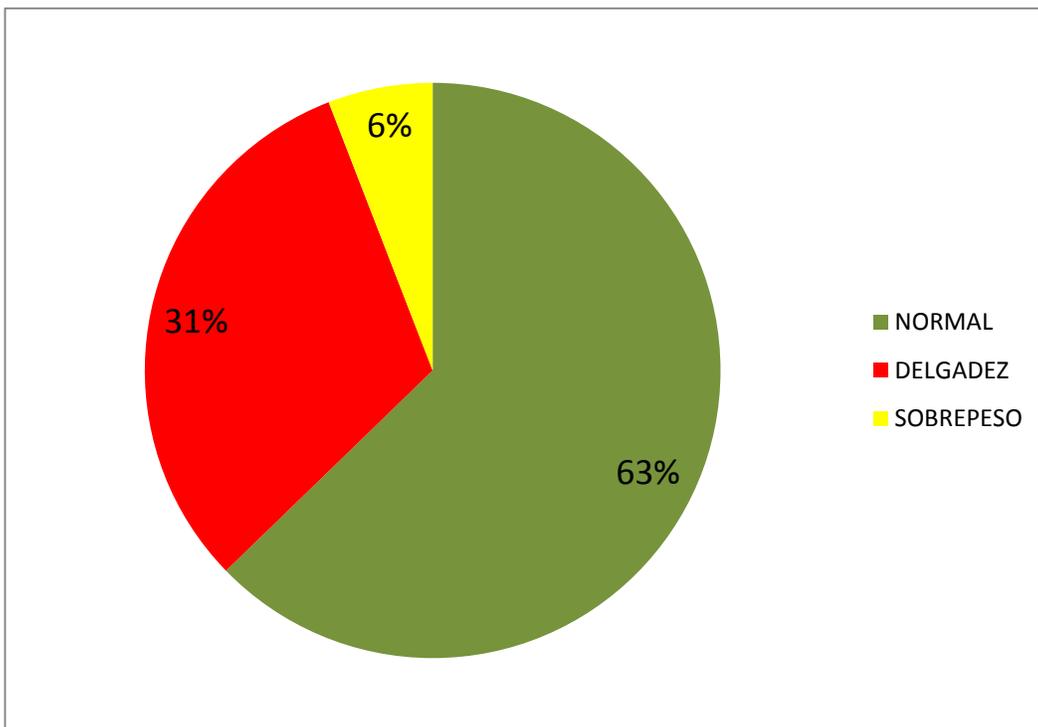
### CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA REPOSO “LA VIDA CONTINUA SEGÚN DIMENSIÓN SITUACIÓN ECONOMICA ” VILLA MARÍA DEL TRIUNFO NOVIEMBRE 2016



La mayoría de los adultos mayores de la casa de reposo, según dimensión situación económica, presentan calidad de vida adecuada 53% (27) e inadecuada 47% (24).

### GRÁFICO 5

#### ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE DE LA CASA DE REPOSO "LA VIDA CONTINUA" VILLA MARIA DEL TRIUNFO NOVIEMBRE 2016



El estado nutricional de los adultos mayores de la casa de reposo, es normal en un 63% (32), presentan delgadez 31 % (16) y sobrepeso 6% (3)

TABLA 2

RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CASA DE REPOSO LA VIDA CONTINÚA NOVIEMBRE 2016

| ESTADO NUTRICIONAL            | CALIDAD_DE_VIDA |          | TOTAL                       | Decisión |
|-------------------------------|-----------------|----------|-----------------------------|----------|
|                               | Inadecuada      | Adecuada |                             |          |
| <b>PRUEBA DE CHI-CUADRADO</b> |                 |          |                             |          |
|                               | Valor           | gl       | Sig. asintótica (bilateral) |          |
| <b>Chi-cuadrado</b>           | <b>0,346</b>    | <b>2</b> | <b>0,841</b>                | - :      |
| Razón de verosimilitudes      | 0,350           | 2        | 0,839                       | - Dad    |
| Asociación lineal por lineal  | 0,001           | 1        | 0,971                       | o que    |
| N de casos válidos            | 51              |          |                             | el       |

valor del  $X^2$  es menor que el valor crítico para un nivel de significancia de 0,05 correspondientes con intervalo de confianza del 95% para  $gl=2$  ( $X^2 = 5,99$ ) y una  $p>0,05$ , por tanto acepta la hipótesis nula; por lo que se infiere que no existe relación significativa entre el estado nutricional de los adultos mayores y su calidad de vida.

## **IV.b. DISCUSIÓN**

La calidad de vida del adulto mayor Residente en una casa de reposo puede ser diferente al que convive en el seno familiar, es posible que la ausencia de los familiares y la soledad coincida con una falta de interés por alimentarse, relacionarse con los demás y pueda ser inicio de síntomas depresivos, como mayor vulnerabilidad ante las enfermedades.

La mayoría de adultos mayores de este estudio se sitúan entre 60 a 75 años 55%, este hallazgo difiere de lo encontrado por Estrada et al, en su estudio sobre las condiciones asociadas con la calidad de vida de 276 ancianos en hogares geriátricos al encontrar que la edad promedio fue de  $79,2 \pm 8,0$  años, cabe destacar, que las mejoras que han sucedido en cuanto a calidad y esperanza de vida en muchos lugares del planeta han sumado para que la tasa de mortalidad de esta población bajase y acompañando a esto se prolongase la cantidad de años, a 70, para clasificar a este grupo poblacional. Es posible que los adultos mayores de este estudio presenten enfermedades crónicas propias del envejecimiento, no contar con apoyo familiar y tener una pensión por jubilación; llama la atención que el mayor porcentaje de adultos mayores denominados viejos jóvenes por la OMS y teoría de Ciclo Vital del adulto mayor de Papalia y Wendos, oscilen dentro de las edades de 60 a 75 años, ya estén institucionalizados cuando aún pueden vivir dentro del seno familiar y ser parte de la población económicamente activa del Perú

En este estudio, el género femenino predomina con un 78%, este hallazgo es diferente a lo reportado por Estrada et al, en su estudio sobre las condiciones asociadas con la calidad de vida de 276 ancianos en hogares

geriátricos donde el 59,4 % eran mujeres; estas cifras confirman que en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad, sin embargo su calidad de vida podría verse mellada por una mayor incidencia de osteoporosis, el enfrentar la pérdida del cónyuge y otras circunstancias familiares y sociales.<sup>14</sup>

Respecto a la calidad de vida de los adultos mayores residentes de la casa de reposo fue adecuada en un 55% e inadecuada 45%. Este resultado se asemeja a lo encontrado por Garcia P, Perla J, en su estudio calidad de vida en 150 adultos mayores que asistían a la Casa Polifuncional Palmas Reales pues el 46% presentaban una calidad de vida baja o mala. Este alto porcentaje de calidad de vida inadecuada en adultos mayores que podrían vivir angustiados o preocupados, dormir mal o no tener quizá con quien interrelacionarse puede potenciar el riesgo a enfermedades mentales relacionadas con la depresión y otras crónico degenerativas por la vulnerabilidad de paciente que podría afectar su estado inmunitario al no tener deseos de vivir y a conseguir su autorrealización.

Respecto a la dimensión bienestar emocional, la mayoría de los adultos mayores residentes de la casa de reposo, presentan calidad de vida adecuada 59% e inadecuada 41%. El bienestar emocional es igual o mucho más importante que el físico ya que es muy difícil alcanzar un estado corporal óptimo si nuestras emociones no son lo suficientemente estables como para mantener un dominio integral de nuestro Yo en su totalidad. Las emociones positivas, entendidas en un sentido amplio, son la alegría, el interés por la vida, la satisfacción, el amor o incluso el perdón. Están estrechamente relacionadas con el bienestar subjetivo; de hecho, la mayoría de las

investigaciones concibe el bienestar como la presencia de emociones o afecto positivo y ausencia de afecto negativo.<sup>15</sup>

Según dimensión relaciones sociales, la mayoría de los adultos mayores Residentes de la casa de reposo presentan calidad de vida adecuada en un 63% e inadecuada en un 37%. Este resultado se asemeja al realizado por Marín C , Castro S.<sup>12</sup> en su investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores que residen en dos comunidades de Santa Marta” de Colombia, ya que los valores más altos se obtuvieron en las dimensiones de función social y salud mental con el 93% cada una. Existen diferentes variables que determinan que la persona mayor, perciba una mayor o menor posibilidad de relaciones sociales. Posiblemente, una vez pasados los primeros momentos en los que se produce un cierto desencanto al no ver cumplidas muchas de las expectativas esperadas, el adulto mayor institucionalizado se adapte a sus nuevas circunstancias; supera su crisis y retoma unas nuevas estrategias de vida a través de una reestructuración cognitiva y del desarrollo de nuevas conductas adaptadas a sus circunstancias vitales. Dentro de estas estrategias estarían situadas las relaciones sociales. Aparece así como un elemento básico de la intervención en el cambio social de la tercera edad el ser capaces de aportar el apoyo social necesario para la adecuada superación del periodo vital, además, debemos tener en cuenta que este apoyo social es más necesario en el caso de los hombres. Pues es en este grupo en el que mayores índice de cambio se operan al llegar el momento de la jubilación, algo específico de estas generaciones y que probablemente con la modernización y equiparación de roles sociales que estamos viviendo se irá mermando.

De acuerdo a dimensión situación económica la mayoría de los adultos mayores Residentes, presentan calidad de vida adecuada en un 53% e inadecuada en un 47%. Este resultado se asemeja a la investigación

realizado por Marín C, Castro S.<sup>12</sup> Estudio comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores que residen en dos comunidades de Santa Marta” realizada en la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta quien nos dice que el 74% de los residentes tienen ingresos económicos. La seguridad económica es "un conjunto de programas, mecanismos, sistemas o acciones tendientes a ofrecer condiciones óptimas que permitan a los y las adultas mayores asegurar su propia subsistencia y ofrecer condiciones para salir de su situación de extrema pobreza” .Es la “capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenibles que les permitan llevar una vida digna y segura” . El hecho de contar con seguridad económica permite al adulto mayor asegurar su subsistencia real y efectiva, le otorga capacidad creativa para sobrevivir sobre la base del trabajo, los ingresos, la seguridad social y las políticas públicas integrales con el fin de satisfacer sus necesidades objetivas con buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones, además mejora la autoestima producto del desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos.

En este estudio, el estado nutricional de los adultos mayores Residentes de la casa de reposo, es normal en 63%, presentan un estado nutricional delgadez un 31 % . Estos resultados difieren del estudio de Cárdenas- H, Roldan L,<sup>13</sup> en su investigación sobre el estado alimenticio del anciano no institucionalizado y su relación con diferentes condiciones socioeconómicas, donde la prevalencia de exceso de peso fue 48% (26% tenía sobrepeso y 22,3 % eran obesos) sin diferencias significativas entre niveles socioeconómicos. Así mismo, los hallazgos de estudio difieren de lo encontrado por Espinoza P,<sup>14</sup> et al., sobre el estado nutricional en adultos mayores en 7267 adultos mayores donde el 26,8% presentaron delgadez, 21,7% sobrepeso y 10,6% obesidad. Si bien el 63% de la muestra estudiada

tiene el IMC Normal es preocupante que exista un porcentaje de delgadez representado en un 31%, por lo que se debe implementar estrategias alimenticias para poder minimizar esta cifra y mejorar mas aun los resultados.

Los hallazgos de este estudio respecto al estado nutricional no concuerdan con lo encontrado por Estrada A, et al <sup>11</sup>en Colombia al explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de 276 ancianos en hogares geriátricos donde el 54,3 % mostraron posible malnutrición.<sup>18</sup> La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos y funciones del organismo. De allí, la importancia de evaluar el estado nutricional en este grupo. El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Esto implica que debe ser realizada en forma interdisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad.<sup>18</sup>

En este estudio no existe relación significativa entre el estado nutricional de los adultos mayores y su calidad de vida. Este hallazgo posiblemente se debe a que la muestra fue muy reducida y no ha sido de diseño probabilístico por lo que se sugiere que se amplíe la muestra para futuras investigaciones.

La teoría que se utilizó en este estudio fue la de Calixta Roy<sup>19</sup>, considerando que el adulto mayor necesita "adaptarse" en un ambiente probablemente inhóspito en el cual vivir quizá alejado de sus seres queridos y amigos. El nivel de adaptación representaría la condición del proceso vital que trabaja como un todo para que el adulto mayor pueda satisfacer sus necesidades de

acuerdo a sus condiciones de vulnerabilidad, buscando mecanismos de afrontamiento para mantener o mejorar su calidad de vida y estado nutricional y poder así poder mantenerse en un bienestar holístico.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V.a. CONCLUSIONES**

- No existe relación significativa entre el estado nutricional de los adultos mayores y su calidad de vida por lo que se rechaza la hipótesis.
- La mayoría de adultos mayores residentes de la casa de reposo presentaron una calidad de vida adecuada de acuerdo bienestar emocional, relaciones sociales y bienestar material por lo que se rechaza la hipótesis.
- En cuanto a estado nutricional la mayoría de adultos mayores residentes de la casa de reposo presentaron normo peso por el índice de masa corporal por lo que se rechaza la hipótesis.

## V.b. RECOMENDACIONES

- Aplicar estrategias para disminuir el porcentaje de adultos mayores que manifestaron percepción negativa de la calidad de vida en esa casa de reposo, a través de estrategias para diagnosticar depresión, soledad, vulnerabilidad, fragilidad e implementar programas integrales para mejorar sus condiciones de bienestar físico, emocional, social y espiritual .
- Coordinar con el personal de la Casa de Reposo sobre la nutrición que debe ingerir el Adulto Mayor Residente, esta debe ser mejorada con la asesoría de la enfermera y/o nutricionista considerando el alto porcentaje de los adultos mayores con delgadez de acuerdo al índice de masa corporal.
- Realizar investigaciones sobre la relación entre calidad de vida y estado nutricional de adultos mayores institucionalizados en muestras aleatorias más grandes a fin de poder generalizar los resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Qué es calidad de vida / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Ginebra: Serie de informes técnicos de la OMS; 2013. [Fecha de consulta 14 de junio 2016]. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>.
2. Ministerio de Salud. Poblaciones Vulnerables. Lima: MINSA Cuadernos N° 5; 2013. [Fecha de consulta 14 de junio 2016]. Disponible en: [http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf).
3. OMS. Ageing well” must be a global priority. Ginebra: Serie de informes técnicos de la OMS; 2014 [fecha de consulta 14 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>.
4. Ministerio de salud y Desarrollo. Calidad de vida de los adultos mayores. Montevideo: Mides: 2012 [fecha de consulta 17 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=9625&site=1&channel=innova.net>.
5. López Villavicencio MN, Vega López MG, Gonzales Pérez GI. Condiciones sociales y calidad de vida del adulto mayor; experiencias en México Chile y Colombia. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2011. [Fecha de consulta 17 de junio 2016]. Disponible en: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/condiciones\\_sociales\\_y\\_calidad\\_de\\_vida\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/condiciones_sociales_y_calidad_de_vida_adulto_mayor.pdf).

6. Montanet Avendaño A, Bravo Cruz CM, Hernández Elías EE. La calidad de vida en los adultos mayores .Rev. Ciencias Médicas. 2009; 13 (1): 1-10. [Fecha de consulta 20 de junio 2016]. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es).
7. Melguizo Herrera E, Acosta López A, Castellano Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores de Cartagena. Salud Uninorte. 2012; 28 (2): 251-263. [Citado 2017 febrero 20]. [fecha de consulta 20 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957008>.
8. Abreu C, Burgos D, Cañizares D, Viamontes A. Estado nutricional en adultos mayores. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2008: (5): 123 – 132[fecha de consulta 20 de junio 2016]. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000500005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500005&lng=es).
9. Varela F. Nutrición en el adulto mayor. Revista Médica Herediana. 2013: 23 (3): 1 – 12. [Fecha de consulta 21 de junio 2016]. Disponible en:[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2013000300001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300001)
10. García, J. Calidad de vida del adulto mayor de la casa “poli funcional palmas reales [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Lima: Facultad De Obstetricia y Enfermería, Universidad San Martín De Porres; 2016. [Fecha de acceso 20 de junio del 2016]Disponible en:<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe>.
11. Estrada A, Cardona D, Segura Á, Chavarriaga M, Ordóñez J, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica.

2011; 31(4): 492-502. [Fecha de consulta 20 de junio 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572011000400004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572011000400004&lng=en)

12. Marín C, Castro S. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. Revista Memorias. 2011; 9(16):120- 129. [Fecha de consulta 20 de junio 2016]. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/view/141>

13. Cárdenas H, Roldan L. Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú. Rev. Chil. Nutr. 2013; 40(4): 343-350. [Fecha de consulta 20 de junio 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182013000400003>

14. Tarqui C, Álvarez D, Espinoza P, Gómez G. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. Revista Perú Medicina Experimental de Salud pública. 2014; 31(3): 467-472. [Fecha de consulta: 7 de junio de 2017.] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36333049009>

15. Torrejón C, Reyna E. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. In crescendo. 2012; 3(2), 267-276. [Fecha de consulta 22 de junio 2016]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/4118>

16. Palomba R. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. [Diapositiva]. Santiago de Chile: Celade: 2008. 14 Diapositivas.

17. Velasco-Rodríguez VM, et al. Bienestar emocional del adulto mayor y factores asociados. *Interpsiquis*. 2013; 38(6): 448-458. [Fecha de consulta 14 de septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/11/81/92/118192213331693208010603272163225502017>
18. Meléndez J C. Percepción de relaciones sociales en la tercera edad. *Psicogeriatría*. 1999; 15 (1): 18 – 22. [Fecha de consulta 14 de septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/relacsociales.pdf>
19. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Lima: Ministerio de Salud; 2014. [Fecha de consulta 14 de septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/>
20. Cubillas c. Etapa de Vida Adulto Mayor, [Diapositiva]. Perú: 2012 .33 Diapositivas.
21. Moreno- Ferguson ME, Alvarado García AM. Adaptación del modelo de Calixta Roy en Latinoamérica - Revisión de la literatura. *Revista Aquichán*. 2009; 9(1) 62 – 72. [Fecha de consulta 14 de septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n1/v9n1a06.pdf>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Girolami D, Infantino C. Adultez mayor y ancianidad. Buenos Aires: El Ateneo; 2010. Pp.113-120.
2. Hayflick L. Cómo y por qué envejecemos. Madrid: Herder editorial; 1999.
3. Zarebski G. Hacia un buen envejecer. Santiago de Chile: Hemec; 2004
4. Acosta S. Evaluación nutricional de ancianos. Buenos Aires: Editorial brujas; 2009. Pp.35-67.
5. Cruz M, flores F, Valentín N. Metodología de la investigación. Madrid: Profdosa; .2004. p. 261.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### OPERALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE  | DEFINICION<br>CONCEPTUAL  | DEFINICION<br>OPERACIONAL   | DIMENSIONES  | INDICADORES  |
|---|---|---|--|--|
| <p>Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Casa de Reposo La Vida Continúa</p> | <p>Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.<sup>13</sup></p> | <p>Apreciación subjetiva y personal que tiene el adulto mayor de la casa de Reposo La Vida Continúa de acuerdo a las dimensiones bienestar emocional, relaciones sociales y situación económica medidas a través de la Escala FUMAT que mide la calidad de vida cuyo valor final es adecuada e inadecuada</p> | <p>Bienestar emocional</p> <p>Relaciones sociales</p> <p>Situación económica</p> | <p>Satisfacción</p> <p>Humor</p> <p>disfrute</p> <p>Interacción social</p> <p>Contactos sociales</p> <p>Redes sociales</p> <p>Ingresos</p> <p>Seguridad financiera</p> |

| VARIABLE                      | DEFINICION<br>CONCEPTUAL  | DEFINICION<br>OPERACIONAL   | DIMENSIONES             | INDICADORES       |
|-------------------------------|---|---|-------------------------|-------------------|
| <b>Estado<br/>Nutricional</b> | Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que da lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle el individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar | El Estado Nutricional de los Adultos Mayores Residentes en la Casa de Reposo la Vida Continua está determinado por el índice de masa corporal (IMC) considerando el peso y la talla. (Peso en kg / talla <sup>2</sup> en m <sup>2</sup> ) cuyo valor final es delgadez, normal y sobrepeso. | Índice de Masa Corporal | Peso<br><br>Talla |



## ANEXO 2

### PRESENTACIÓN

Buenos días, soy alumna Karen Andrea Jiménez Prado, del 8 ciclo de la universidad privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Enfermería, me encuentro realizando el trabajo de investigación titulado “CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN LA CASA DE REPOSO LA VIDA CONTINUA VILLA MARIA DEL TRIUNFO LIMA -PERU NOVIEMBRE - 2016” por lo que continuación les presento las sucesivas preguntas.

#### DATOS GENERALES

1.- Edad:.....

2.- Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

4.- Peso:

5.- Talla.

Marque con una X la respuesta según la siguiente clave:

- × Nunca
- × A veces
- × Casi siempre
- × Siempre

## CUESTIONARIO DIRIGIDO AL ADULTO MAYOR RESIDENTE

### SOBRE CALIDAD DE VIDA

| <b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>  | <b>Nunca</b> | <b>A veces</b> | <b>Casi siempre</b> | <b>Siempre</b> |
|---|--------------|----------------|---------------------|----------------|
| En general, se siente satisfecho con su vida actual                             |              |                |                     |                |
| Se muestra satisfecho con los servicios y el apoyo que recibe de sus familiares |              |                |                     |                |
| Siente que sus familiares lo valoran.   |              |                |                     |                |
| Se siente satisfecho con la calidad de tiempo que le brinda su familia          |              |                |                     |                |
| Le gusta que sus familiares y amigos acudan a visitarlo.                        |              |                |                     |                |

| <b>RELACIONES SOCIALES</b>   | <b>Nunca</b> | <b>A veces</b> | <b>Casi siempre</b> | <b>Siempre</b> |
|--|--------------|----------------|---------------------|----------------|
| Realiza actividades que le gustan con otras personas                   |              |                |                     |                |
| Recibe visitas de sus amigos   |              |                |                     |                |
| Mantiene buenas relaciones con sus compañeros                          |              |                |                     |                |
| Disfruta de los paseos realizados por la casa de reposo.               |              |                |                     |                |
| Mantiene una buena relación con los profesionales de la casa de reposo |              |                |                     |                |

| <b>BIENESTAR MATERIAL</b>                               | <b>Nunca</b> | <b>A veces</b> | <b>Casi siempre</b> | <b>Siempre</b> |
|---|--------------|----------------|---------------------|----------------|
| Sus ingresos le permiten cubrir sus necesidades básicas |              |                |                     |                |
| Está satisfecho con su jubilación                       |              |                |                     |                |
| Recibe otros ingresos, además de la jubilación.         |              |                |                     |                |
| Dispone de cosas materiales que necesita                |              |                |                     |                |
| Usted maneja sus propios ingresos                       |              |                |                     |                |

### ANEXO 3

#### PRUEBA BINOMIAL - JUECES EXPERTOS

| JUECES    |   |   |   |   |   |        |
|-----------|---|---|---|---|---|--------|
| PREGUNTAS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | P      |
| 1         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
| 2         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
| 3         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
| 4         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
| 5         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
| 6         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
| 7         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
| 8         | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0.1562 |
| 9         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
| 10        | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.0312 |
|           |   |   |   |   |   | 0.437  |

|       |        |
|-------|--------|
| TOTAL | 0.0437 |
|-------|--------|

$$P = \frac{\sum \Pi}{N^{\circ} \text{ criterios}} = \frac{0.437}{10} = \underline{0.0437}$$

**INSTRUMENTO VALIDO**

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVES DEL ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del cuestionario, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{(K - 1)} * 1 - \frac{\sum S2i}{S2T}$$

|                       |   |                                     |
|-----------------------|---|-------------------------------------|
| <b>K</b>              | : | El número de ítems                  |
| <b>Si<sup>2</sup></b> | : | Sumatoria de Varianzas de los Ítems |
| <b>ST<sup>2</sup></b> | : | Varianza de la suma de los Ítems    |
| <b>α</b>              | : | Coeficiente de Alfa de Cronbach     |

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados estadísticos:

$$\alpha = \frac{15}{(15 - 1)} * 1 - \frac{47.83 - 11.91}{47.83}$$
$$1.07 * 35.92$$
$$47.83$$
$$1.06 * 0.75$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere que el Alfa de Cronbach sea mayor de 0.5 por lo tanto este instrumento es confiable.

## **ANEXO 5**

### **INFORME DEL ESTUDIO PILOTO**

El presente trabajo de investigación fue sometido a la confiabilidad de instrumentos el cual se llevó a cabo en la casa de reposo la vida continua 21 de octubre del 2015, el instrumento fue: una encuesta “escala de fumat” .

La Universidad Privada San Juan bautista, elaboró un oficio que fue presentado a la directora de la casa de reposo, pidiendo la autorización correspondiente, se coordinó la fecha de visita con la directora de la casa de reposo. Se Realizó la presentación ante cada Adulto Mayor Residente como alumna de la Universidad Privada San Juan bautista y se dio inicio a la aplicación de la encuesta, entablado así una comunicación cordial con los residentes que gustosos colaboraron en el llenado, algunos pidieron apoyo para la resolución ya que su condición no se los permitía.

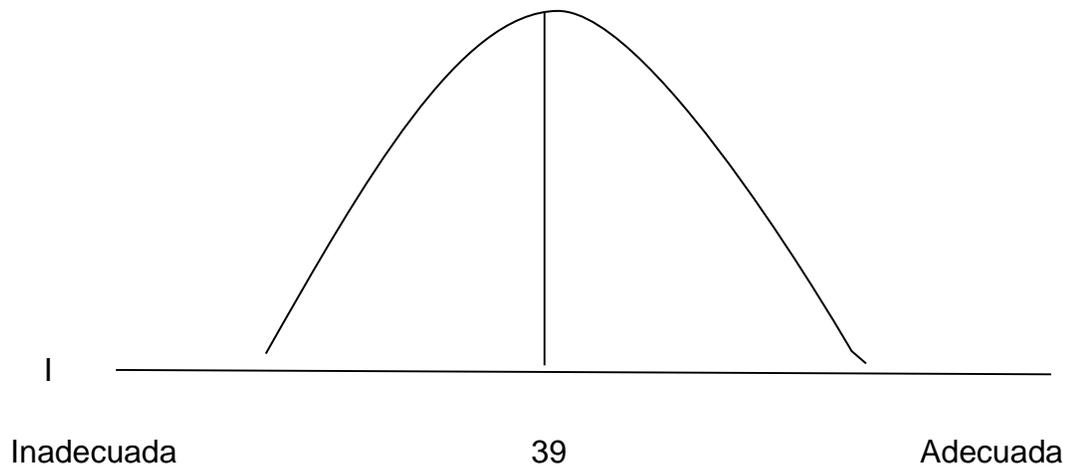
Culminando el llenado de encuesta se procedió a despedirse y a la vez agradecerle cada uno de ellos por su colaboración y otorgándoles un pequeño presente simbólico en gratitud a la toma de su tiempo.

## ANEXO 6

### ESCALA VALORACION

### CALIDAD DE VIDA

| Valor final | Puntaje |
|-------------|---------|
| Adecuada    | 39 - 50 |
| Inadecuada  | 27 - 38 |



## ESTADO NUTRICIONAL

| <b>Valor final</b> | <b>IMC</b>         |
|--------------------|--------------------|
| Delgadez           | Por debajo de 18.5 |
| Normal             | 18.5 a 24.9        |
| Sobrepeso          | 25.0 a 29.9        |
| Obesidad           | 30.0 a 39.9        |

Los resultados fueron analizados mediante el uso de tablas y gráficos, utilizando el análisis porcentual y estadística descriptiva para la comprobación de hipótesis.

## ANEXO 7

**TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA PERSONA ADULTAS MAYORES**

**ADULTO MAYOR**

|            |     | CLASIFICACIÓN |      |        |           |         |      |
|------------|-----|---------------|------|--------|-----------|---------|------|
|            |     | PESO (kg)     |      |        |           |         |      |
|            |     | Delgado       |      | Normal | Sobrepeso | Disidat |      |
| Puntos IMC | IMC | 0             | 1    | 2      | 3         | 3       | 3    |
| Talla (m)  | IMC | < 19          | ≥ 19 | ≥ 21   | > 23      | ≥ 28    | ≥ 30 |
| 1,30       |     | 32,1          | 35,4 | 38,5   | 47,3      | 54,0    |      |
| 1,31       |     | 32,8          | 36,0 | 39,5   | 48,0      | 54,9    |      |
|            |     | 33,1          | 36,5 | 40,1   |           |         |      |
|            |     | 33,6          | 37,1 |        |           |         |      |

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



|            |     | CLASIFICACIÓN |      |        |           |         |      |
|------------|-----|---------------|------|--------|-----------|---------|------|
|            |     | PESO (kg)     |      |        |           |         |      |
|            |     | Delgado       |      | Normal | Sobrepeso | Disidat |      |
| Puntos IMC | IMC | 0             | 1    | 2      | 3         | 3       | 3    |
| Talla (m)  | IMC | < 19          | ≥ 19 | ≥ 21   | > 23      | ≥ 28    | ≥ 32 |
| 1,53       |     | 44,4          | 49,1 | 53,9   | 63,5      | 74,9    |      |

**INSTRUCCIONES:**

- Ubique en la columna Talla, la talla del adulto mayor (varón o mujer).
- Compare el peso del adulto mayor con los valores de peso que aparecen en el recuadro y clasificar:

| Valor del peso:                                   | Clasificación | Puntos IMC |
|---|---------------|------------|
| o el peso correspondiente al IMC 19               | Delgado       | 0          |
| Está entre los valores de peso de IMC ≥ 19 y < 21 | Delgado       | 1          |
| Está entre los valores de peso de IMC ≥ 21 y < 23 | Delgado       | 2          |
| Está entre los valores de peso de IMC ≥ 23 y < 28 | Normal        | 3          |
| Está entre los valores de peso de IMC ≥ 28 y < 32 | Sobrepeso     | 3          |
| o el peso correspondiente al IMC 32               | Disidat       | 3          |

**SIGNOS DE ALERTA:**

- La pérdida de 2,5 kg en tres meses debe inducir a una nueva evaluación nutricional, porque pueden ser predictivos de una discapacidad.
- Cuando el IMC de normalidad varía en ± 1,5 entre dos controles consecutivos.
- Cuando el valor del IMC se aproxima a los valores límite de la normalidad.
- Incremento o Pérdida de Peso: ± 1 kg en 2 semanas.
- Cambios de clasificación de IMC en período oportuno a la normalidad, por ejemplo: de Normal a Delgado; de Normal a Sobrepeso o de Sobrepeso a Disidat.

**MINI-EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR\***

| I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS  | II. PARÁMETROS BIOLÓGICOS   |
|---|---|
| 1. Índice de Masa Corporal<br>0 = IMC < 19<br>1 = IMC ≥ 19 y < 21<br>2 = IMC ≥ 21 y < 23<br>3 = IMC ≥ 23                  | 11. ¿Se siente cansado, con hambre o insatisfecho en el desayuno o el almuerzo?<br>0 = Sí<br>1 = No                             |
| 2. Pérdida de peso (últimos 12 meses)<br>0 = > 4 kg<br>1 = 3 kg<br>2 = 2 kg<br>3 = 1 kg<br>4 = No cambio                  | 12. ¿Ha estado enfermo por problemas de digestión, estreñimiento, náuseas o vómitos en los últimos 3 meses?<br>0 = Sí<br>1 = No |
| 3. Pérdida de apetito (últimos 3 meses)<br>0 = > 25% de la energía<br>1 = 15-25% de la energía<br>2 = < 15% de la energía | 13. ¿Ha estado enfermo por problemas de visión o audición en los últimos 3 meses?<br>0 = Sí<br>1 = No                           |
| 4. Frecuencia de ingestión de agua<br>0 = < 1 litro<br>1 = 1 litro<br>2 = 1,5 litros<br>3 = 2 litros                      | 14. ¿Ha estado enfermo por problemas de movilidad en los últimos 3 meses?<br>0 = Sí<br>1 = No                                   |
| 5. ¿Toma más de 1 medicamento por día?<br>0 = No<br>1 = Sí  | 15. ¿Ha estado enfermo por problemas de memoria en los últimos 3 meses?<br>0 = Sí<br>1 = No                                     |
| 6. ¿Presenta alguna enfermedad aguda o subaguda en los últimos 3 meses?<br>0 = No<br>1 = Sí                               | 16. ¿Presenta alguna enfermedad crónica o aguda en los últimos 3 meses?<br>0 = No<br>1 = Sí                                     |
| 7. ¿Presenta alguna enfermedad crónica o aguda en los últimos 3 meses?<br>0 = No<br>1 = Sí                                | 17. ¿Presenta alguna enfermedad crónica o aguda en los últimos 3 meses?<br>0 = No<br>1 = Sí                                     |
| 8. Problemas neuropsiquiátricos<br>0 = No<br>1 = Sí   | 18. ¿Presenta alguna enfermedad crónica o aguda en los últimos 3 meses?<br>0 = No<br>1 = Sí                                     |
| 9. Problemas de movilidad<br>0 = Sí<br>1 = No   | 19. ¿Presenta alguna enfermedad crónica o aguda en los últimos 3 meses?<br>0 = No<br>1 = Sí                                     |
| 10. Problemas de visión o audición<br>0 = Sí<br>1 = No  | 20. ¿Presenta alguna enfermedad crónica o aguda en los últimos 3 meses?<br>0 = No<br>1 = Sí                                     |

**TOTAL DE PUNTOS (MÁXIMO):**

**CLASIFICACIÓN:**

- 0-10 puntos: Muy mala
- 11-15 puntos: Mala
- 16-20 puntos: Regular
- 21-25 puntos: Buena
- 26-30 puntos: Excelente

\* La Mini-Evaluación Nutricional es para uso del especialista.

**Puntos:** 0 = mala, 1 = mala, 2 = mala, 3 = mala, 4 = mala, 5 = mala, 6 = mala, 7 = mala, 8 = mala, 9 = mala, 10 = mala, 11 = mala, 12 = mala, 13 = mala, 14 = mala, 15 = mala, 16 = mala, 17 = mala, 18 = mala, 19 = mala, 20 = mala, 21 = mala, 22 = mala, 23 = mala, 24 = mala, 25 = mala, 26 = mala, 27 = mala, 28 = mala, 29 = mala, 30 = mala.

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

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