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

Chota, 11 de noviembre del 2024.

C.O. N° 039-2024-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **"ESTILO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL PUESTO DE SALUD ROJASPAMPA, CHOTA 2024."**, elaborado por el **Bachiller en Enfermería: Willan Jorge Fernández Oblitas**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 17%, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023- FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
CHOTA

Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FCCSS- UNACH

Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la Salud
UNACH

C.c.
Archivo
AOG/J-UI-FCCSS
Ch/2024

WILLAN JORGE FERNÁNDEZ OBLITAS

ESTILO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL PUESTO DE SALUD ROJASPAMPA, CHOTA 2024

UBERLI HERRERA
uberli
Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3075646310

Fecha de entrega
11 nov 2024, 4:07 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
11 nov 2024, 4:15 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
IFT_WILLAN_FERN_NDEZ_OBLITAS.docx

Tamaño de archivo
486.6 KB

86 Páginas

19,829 Palabras

17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

17%	Fuentes de Internet
3%	Publicaciones
0%	Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Fuentes principales

17% Fuentes de Internet
3% Publicaciones
0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	hdl.handle.net 3%
2	Internet	repositorio.uladech.edu.pe 3%
3	Internet	repositorio.unach.edu.pe 2%
4	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe 1%
5	Internet	repositorio.ucv.edu.pe 1%
6	Internet	repositorio.uct.edu.pe 1%
7	Internet	repositorio.unc.edu.pe 0%
8	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe 0%
9	Internet	cybertesis.unmsm.edu.pe 0%
10	Internet	repositorio.unap.edu.pe 0%
11	Internet	www.repositorio.unu.edu.pe 0%

12 Internet
repositorio.uch.edu.pe 0%

13 Internet
search.scielo.org 0%

14 Internet
documents.tips 0%

15 Internet
repositorio.unsch.edu.pe 0%

16 Internet
revistabionatura.com 0%

17 Internet
neuro-class.com 0%

18 Internet
repositorio.uma.edu.pe 0%

19 Internet
vsip.info 0%

20 Internet
repositorio.upn.edu.pe 0%

21 Internet
catarina.udlap.mx 0%

22 Internet
repositorio.upsc.edu.pe 0%

23 Internet
repositorio.ual.edu.pe 0%

24 Internet
zaguan.unizar.es 0%

25 Internet
repositorio.untumbes.edu.pe 0%

26 Internet

repositorio.une.e 0

27 Internet

digitallibrary.un.org 0%

28 Internet

scielo.isciii.es 0%

29 Internet

repositorio.autonomadeica.edu.pe 0%

30 Internet

repositorio.unab.edu.pe 0%

31 Internet

laccei.org 0%

32 Internet

repositorio.udh.edu.pe 0%

33 Internet

repositorio.undac.edu.pe 0%

34 Publicación

Linda Jeanette Solorzano Beneditt, Sergio Gutiérrez, Karla Vanessa Narváez Flore… 0%

35 Internet

dspace.unitru.edu.pe 0%

Internet

repositorio.ulasamericas.edu.pe 0%

Internet

dspace.ucuenca.edu.ec 0%

Internet

repositorio.uroosevelt.edu.pe 0%

Internet

www.grafiati.com 0%

40 Internet

www.iournaltocs 0

41 Publicación

Alejandro Estrada, Doris Cardona, Ángela María Segura, Lina Marcela Chavarriag… 0%

42 Internet

cdigital.uv.mx 0%

43 Internet

docslide.us 0%

44 Internet

eh.net 0%

45 Internet

eprints.uanl.mx 0%

46 Internet

repositorio.unheval.edu.pe 0%

47 Internet

www.researchgate.net 0%

48 Publicación

Васовић, Мирослав Р.. "Утицај Густине и Васкуларизације Кости у Бочној Рег… 0%

49 Internet

doaj.org 0%

Internet

documents.mx 0%

Internet

ichgcp.net 0%

Internet

pesquisa.bvsalud.org 0%

Internet

repositorio.uam.es 0%

55 Internet

repositorio.unfv.edu.pe 0%

56 Internet

reproductive-health-journal.biomedcentral.com 0%

57 Internet

www.farmaciaprincipal.es 0%

58 Internet

www.javeriana.edu.co 0%

59 Internet

www.tdx.cat 0%

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ESTILO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL PUESTO DE SALUD ROJASPAMPA, CHOTA 2024

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR

BACH. WILLAN JORGE FERNÁNDEZ OBLITAS

ASESORA

DRA. ZOILA ISABEL CÁRDENAS TIRADO

CHOTA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Creada el 11 de mayo de 2010 mediante Ley Nº 29531
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

Acta de Sustentación: Informe Final de Tesis

Siendo las 10:00h del día 25 de OCTUBRE del año 2024., se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr: JOSE UBERLI HERRERA ORTIZ, el secretario Mg. WILMER OVIDIO CARRANZA CARRANZA y Vocal Dr: ANTONIO SÁNCHEZ DELGADO y como Asesor de Tesis el (la) Dra: ZOILA ISABEL CARDENAS TIRADO .....De acuerdo al Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de la Tesis ESTILO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL PUESTO DE SALUD NOTASPAMPA, CHOTA 2024., presentada por el (la) bachiller: WILSON JORGE FERNANDEZ OBLITAS .....de la Escuela Profesional de Enfermería.

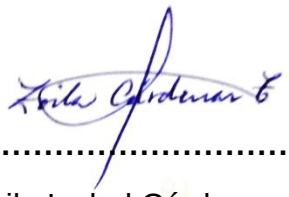
Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó APROBAR la Tesis en mención con la calificación de 16 (MENCION HONROSA); por lo tanto el estudiante puede proseguir con trámites posteriores.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 11:00 del 25 de OCTUBRE del 2024..

Docente	Firma
Presidente Jurado evaluador: - Dr. JOSE UBERLI HERRERA ORTIZ	
Secretario Jurado evaluador: - Mg. WILMER OVIDIO CARRANZA CARRANZA	
Vocal Jurado evaluador: - Dr. ANTONIO SANCHEZ DELGADO	
Asesor de Tesis: - Dra. ZOILA ISABEL CARDENAS TIRADO.	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD V°B° UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CHOTA

COMITÉ CIENTÍFICO



.....

Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado

Asesora

.....

Dr. José Uberli Herrera Ortiz

Presidente del Comité Científico

.....

Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza

Miembro del Comité Científico

.....

Dr. Antonio Sánchez Delgado

Accesitario del Comité Científico

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme el conocimiento, valor y bendición para realizar este importante trabajo, el cual espero contribuya al desarrollo de mi querida Universidad Nacional Autónoma de Chota, a los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por aportar sus conocimientos durante mi formación profesional como estudiante.

A mis padres, Floiran Fernández Cieza, Liduvina Oblitas Cusma y familiares, quienes con sus sabios consejos y apoyo incondicional han sido motivación e inspiración para concretizar este propósito de vida.

A mi asesora, la Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado, por su ardua labor y compromiso de apoyo en las fases de desarrollo del presente trabajo, su experiencia y aportes fueron importantes para la culminación de este estudio.

Al jefe del Establecimiento de Salud Rojaspampa del distrito de Chota, por su cooperación y facilitar el acceso a su población usuaria para la recolección de datos del estudio. Asimismo, a las PAM participantes, quienes, con gran disposición, brindaron sus valiosas referencias para este trabajo.

Al Jurado Evaluador conformado por el Dr. José Uberli Herrera Ortiz, el Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza, la Dra. Nely Esperanza Mundaca Constantino y el Dr. Antonio Sánchez Delgado, por su tiempo y sugerencias que han enriquecido el presente estudio.

A:

Dios todo poderoso por iluminar cada paso de mi vida, a mis padres Floiran y Liduvina, por ser ejemplo y guía de conseguir algo tan esperado, a mis familiares y sociedad, a todos ellos de corazón.

Willan

ÍNDICE DE CONTENIDOS

		Pág.
RESUMEN		viii
ABSTRACT		ix
	CAPÍTULO I	
	INTRODUCCIÓN	1
	CAPÍTULO II	
	MARCO TEÓRICO	6
2.1.	Antecedentes del estudio	6
2.2.	Bases conceptuales	13
2.3.	Definición de términos básicos	20
	CAPÍTULO III	
	MARCO METODOLÓGICO	21
3.1.	Ámbito de estudio	21
3.2.	Diseño de investigación	21
3.3.	Población y muestra	21
3.4.	Operacionalización de variables	24
3.5.	Descripción de la metodología	27
3.6.	Procesamiento y análisis de datos	30
	CAPÍTULO IV	
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
4.1.	Características sociodemográficas del adulto mayor	31
4.2.	Estilo de vida del adulto mayor	34
4.3.	Dimensiones del estilo de vida del adulto mayor	36
4.4.	Calidad de vida del adulto mayor	40
4.5.	Dimensiones de calidad de vida del adulto mayor	43
4.6.	Estilo y calidad de vida del adulto mayor	46
4.7.	Dimensiones de las variables estilo y calidad de vida del adulto mayor	46
	CAPÍTULO V	
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
	ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características sociodemográficas del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024	31
Tabla 2.	Estilo de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota – 2024	34
Tabla 3.	Dimensiones del estilo de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024	36
Tabla 4.	Calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024	40
Tabla 5.	Dimensiones y nivel de calidad de vida del AM que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024	43
Tabla 6.	Correlación entre estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024	46
Tabla 7.	Correlación entre las dimensiones de las variables estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024	48

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AM:	Adulto Mayor
CdV:	Calidad de Vida
CVRS:	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DPA:	Actividad Física Diaria
ENT:	Enfermedades no Transmisibles
HL:	Alfabetización en Salud
HLSE:	Autoeficacia de Vida Saludable
ILQ:	Índice de Calidad de Vida
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPRESS:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MCS:	Resumen del componente mental
MINSA:	Ministerio de la Salud
MPS:	Modelo de Promoción de la Salud
PAM:	Personas Adultas Mayores
PCS:	Resumen del componente físico
PEA:	Población Económicamente Activa
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SIS:	Seguro Integral de Salud

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024; estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional, prospectivo y de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 108 PAM. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos, dos cuestionarios, uno sobre el estilo de vida y el otro referido a la calidad de vida (CdV) basado en el WHOQOL-BREF. Los resultados revelan que el 58,3% de las PAM presentaron estilo de vida no saludable y el 54,6% CdV moderada. Se determinó que existe correlación directa y estadísticamente significativa entre el estilo y CdV al presentar un coeficiente de correlación de Spearman (Rho) de 0,446 y un nivel de significancia (p) < 0,05, al igual que, entre las dimensiones de las variables estilo de vida y CdV, por tener un Rho entre 0,216 y 0,446 y un (p) < 0,05 en todos los campos, excepto en la dimensión responsabilidad en salud que tiene una (p) de 0,641 > 0,05, con lo cual se acepta la hipótesis nula. Se concluye que en las PAM predominó el estilo de vida no saludable relacionado a un nivel moderado de CdV, existe correlación directa y estadísticamente significativa entre las variables (p < 0,05 y Rho=0,446), por lo que se puede afirmar que a mayor estilo de vida mayor es la CdV en el AM.

Palabras claves: Estilo de vida, calidad de vida (CdV), adulto mayor (AM), personas adultas mayores (PAM).

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between lifestyle and quality of life of older adults attending the Rojaspampa Health Post, Chota 2024; the study had a quantitative approach, non-experimental, correlational, prospective and cross-sectional design; the sample consisted of 108 MAPs. The data collection technique was the survey and the instruments were two questionnaires, one on lifestyle and the other on quality of life (QOL) based on the WHOQOL-BREF. The results revealed that 58,3% of the PAMs had an unhealthy lifestyle and 54,6% had moderate QoL. It was determined that there is a direct and statistically significant correlation between style and QoL by presenting a Spearman correlation coefficient (Rho) of 0,446 and a significance level (p) < 0,05, as well as, between the dimensions of the lifestyle and QoL variables, by having a Rho between 0,216 and 0,446 and a (p) < 0,05 in all fields, except in the health responsibility dimension which has a (p) of 0,641 > 0,05, with which the null hypothesis is accepted. It is concluded that in the PAMs there was a predominance of unhealthy lifestyle related to a moderate level of QoL, there is a direct and statistically significant correlation between the variables (p < 0,05 and Rho=0,446), so it can be affirmed that the greater the lifestyle, the greater the QoL in the MA.

Keywords: Lifestyle, quality of life (QOL), older adult (MA), older adults (EAP).

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El aumento del proceso de una vida larga y la mayor proporción de Personas Adultas Mayores (PAM) vienen desafiando el interés de prestar atención al estilo y Calidad de Vida (CdV) de este grupo etario. Se considera un Adulto Mayor (AM) a toda persona mayor de 60 años que generalmente necesita cuidados, debido a problemas de salud derivados del envejecimiento, cambios en las esferas fisiológica, psicológica y social [1], que conllevan a la presencia de síndromes geriátricos y enfermedades crónicas, limitaciones funcionales y cognitivas [2], e incluyen a las estructuras familiares en un entorno social y ambiental determinado [3].

El mundo afronta grandes desafíos debido al incremento de las PAM, se estima que en las próximas décadas esta población se duplicará y puede alcanzar los 1,600 millones en 2050 [4]. Al estar asociado el envejecimiento con enfermedades crónicas, discapacidades y dependencia, repercute en un impacto económico y social significativo, lo que incrementará la carga global de enfermedades y discapacidades [5]. Por ello, la Organización Mundial de Salud (OMS) ha propuesto un plan estratégico de promoción de un envejecimiento saludable 2020 – 2030, el cual beneficiará a más de mil millones de PAM con carácter inclusivo y universal [6].

A nivel global, durante la pandemia de COVID-19, las PAM estuvieron principalmente en riesgo de morbilidad y mortalidad, aislamiento, menor capacidad de afrontamiento y baja satisfacción con la vida [7]. El panorama evidenció la precariedad del sistema de salud, que no estaba preparado en la atención de una población heterogénea como las PAM ni para responder a las necesidades sociales (vivienda, seguridad alimentaria y transporte), así también, el abordaje del aislamiento social resultó en una alta carga de angustia física y psicológica, dependencia funcional y mala calidad de vida [8], vulnerando sus derechos y dignidad, impidiendo su felicidad, bienestar general e inclusión social [9].

Muchos países en el mundo están experimentando proporciones cada vez mayores de población adulta, en relación con el promedio de años de vida [10]. Bajo este panorama, en países en vías de desarrollo, las PAM tienen más probabilidades de vivir en hogares pobres que las personas en edad de trabajar, sobre todo en regiones donde los sistemas y servicios de protección social, no son equitativos ni integrales. Es evidente que la deficiencia en la prestación de cuidados afecta mayormente a las mujeres, incrementándose la demanda de estos a partir de los 80 años de edad [4].

Investigaciones han sugerido que una mayor duración de la inactividad y sedentarismo tiene efectos adversos en la salud del AM, principalmente afecciones físicas y mentales, como también trastornos nutricionales (sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus), problemas óseos y cardiovasculares. Estas condiciones tienden a predecir una CdV baja en las diferentes esferas somáticas de las PAM. En particular, un estudio longitudinal de Hong Kong reveló que el bienestar corporal y psíquico del AM disminuyó en diez años, como lo demuestran las enfermedades crónicas, la aptitud funcional limitada y la depresión, siendo la salud mental el factor más influyente en los cambios corporales del AM [11].

En América Latina y el Caribe, la cantidad de PAM aumenta y envejece exponencialmente, estimándose que para 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años o más [12]. El ritmo acelerado de la transición demográfica en este grupo poblacional, tendrá consecuencias a largo plazo para los sistemas de salud. También, un estudio realizado en diferentes países de esta región mostró que el porcentaje de PAM que necesitaban asistencia de apoyo en sus actividades básicas o intermedias oscilaba entre 18,1% en Argentina y más del 37% en Brasil, lo que implica la necesidad de cuidados en salud por periodos prolongados [13].

En Brasil, un estudio realizado en 2022 con el objetivo de identificar la CdV en el AM, destacó la necesidad de integrarlo con un enfoque de trabajo en equipo e individualizado con profesionales de la salud capacitados [14]. Por otra parte, en Cuba se desarrolló un estudio de intervención aplicada con el fin de mejorar la CdV del AM, determinándose que después de la intervención el estilo de vida fue

no saludable en un 38,1% y saludable en un 9,0%. Asimismo, la CdV era alta en un 19,0% y muy baja en un 8,9%. Los resultados revelan que la familia y la sociedad cumplen un papel importante en los cuidados y prioridades de este grupo poblacional [15].

En 2023, las PAM representaban el 39,6% de la población peruana, de los cuales el 25,9% son jefes de hogar; según el nivel educativo, el 13,3% no tiene instrucción, el 36,0% posee educación primaria y el 15,1% es analfabeto. También, el 23,7% presenta déficit calórico, alguna afección de salud crónica el 83,8% de mujeres y el 75,3% de hombres, el 41,9% padece alguna discapacidad y el 57,1% representa a la población económicamente activa (PEA). Cuentan con beneficios sociales: 18,7% recibe Pensión 65, 89,8% tiene Seguro de Salud, 36,6% está afiliado a EsSalud y el 47,6% al Seguro Integral de Salud (SIS); además, el 91,7% tienen acceso a agua de red pública y el 95,3% a energía eléctrica [16].

Un estudio en Perú revela que las PAM que efectúan actividades físicas tienden a cambiar sus comportamientos de forma saludable, proporcionando aumento de la CdV y salubridad, estas acciones disminuyen y controlan el padecimiento de enfermedades degenerativas, producidas en gran medida por una alimentación no saludable y el sedentarismo. Además, generan una mejor CdV a partir de la interacción de factores psicológicos y físicos de cada persona [17].

Por otro lado, un trabajo de investigación en Cajamarca demuestra la existencia de preocupantes desafíos en salud que enfrentan las PAM, agravados por la falta de apoyo, el desinterés familiar y el desconocimiento de las conductas de vida saludable, lo que limita el bienestar del AM, esto puede conllevar al deterioro del envejecimiento, el incremento de enfermedades degenerativas y a una reducción significativa de la CdV de este grupo etario [18].

En Chota, un estudio determinó que las PAM experimentan insatisfacción frente a cualidades personales y sociales, lo que se refleja en un indicador negativo de CdV. Esta situación se debe a la inactividad física y mental, la dependencia económica y la falta de confort en sus viviendas [19]. A estos problemas se

suman la exclusión laboral, la pobreza y el abandono, factores que degradan aún más la salud y el bienestar del AM [20].

Las PAM atendidas en el Puesto de Salud Rojaspampa del distrito de Chota, provincia de Cajamarca conforman una población vulnerable que enfrenta múltiples dificultades y carencias. Muchas de ellas viven en entornos frágiles, donde el abandono, la soledad y la pobreza son realidades cotidianas. Además, los servicios que reciben son precarios e inequitativos. En cuanto a las PAM de edades más avanzadas, especialmente aquellas de 75 años o más con problemas de salud, la mayoría vive aislada, es sedentaria y parcialmente dependiente. En numerosos casos, esto repercute negativamente en su CdV, limitando sus capacidades de satisfacción en su salud y bienestar general.

Para abordar la situación de las PAM, es fundamental priorizar sus necesidades en función de sus hábitos de vida. Principalmente, el profesional de Enfermería debe tener un conocimiento profundo para mantener o mejorar la CdV en este grupo vulnerable y contribuir con la implementación de políticas y estrategias de salud pública. Esto implica promover estilos de vida saludables basados en principios con enfoque biopsicosocial, interdisciplinario e intersectorial.

La investigación planteó la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre el estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024?, se aceptó la hipótesis alterna (H1), que establece que existe una relación significativa entre el estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024.

Como base investigativa, el objetivo general fue determinar la relación que existe entre el estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024. Los objetivos específicos incluyeron: Caracterizar social y demográficamente al adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024; identificar de manera general y por dimensiones el estilo de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024 e identificar de manera general y por dimensiones la calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024.

Los resultados del estudio revelaron que, del total de PAM, el 58,3% tenía estilo de vida no saludable y el 54,6% tuvieron CdV moderada. Se estableció una correlación directa moderada y estadísticamente significativa entre la dimensión estilo de vida y calidad de vida del AM, con un Rho de 0,446 y un nivel de significancia < 0,05, lo que confirma la hipótesis alterna (H1). Además, la correlación entre las dimensiones del estilo de vida y la CdV fue positiva y estadísticamente significativa, con un Rho entre 0,216 y 0,446 y un nivel de significancia < 0,05 para todas las dimensiones, excepto para la dimensión "responsabilidad en salud", que presentó un valor de significancia de 0,641 (>0,05). En este caso, se acepta la hipótesis nula (H0), indicando que no existe una relación significativa entre la dimensión responsabilidad en salud y las dimensiones de CdV.

El presente trabajo de investigación está conformado por cinco capítulos: el Capítulo I aborda la Introducción del tema de investigación; el Capítulo II plasma el marco teórico y la definición de términos básicos; el Capítulo III describe el marco metodológico; el Capítulo IV presenta los resultados y la discusión; y el Capítulo V consolida las conclusiones y recomendaciones. Además, se incluyen las referencias bibliográficas y anexos correspondientes al estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Internacional

Zohreh B, Mahnaz S, Seyed FI. y Agha FH. (Irán, 2023) en el estudio “La relación entre apoyo social y felicidad en adultos mayores remitidos a centros de salud en Zarrin Shahr, Irán”, tuvieron como objetivo investigar la relación entre el apoyo social y el estado de felicidad en personas de 60 a 75 años. Estudio transversal y correlacional, muestra de 4674 PAM. Los resultados determinaron que el 62,2% fueron de sexo femenino, 78,1% estaban casados y 43,7% eran alfabetos. Además, se encontró que la felicidad tiene relación positiva con el apoyo social y sus dimensiones (apoyo social total, soporte emocional, informativo, instrumental y evaluativo) con un $\boldsymbol{r}$ ≥0,281 y un p=0,001. Concluyen que el fortalecimiento de las redes de apoyo social contribuye al incremento de la felicidad y mejora el bienestar de las PAM [21].

Kaučič BM, Štemberger T. y Filej B. (Eslovenia, 2022) en el estudio “Conexión entre el estilo de vida y la satisfacción con la vida de los adultos mayores en relación con el entorno de vida”, tuvieron como objetivo determinar la conexión entre el estilo de vida y la satisfacción con la vida de los AM en relación con su entorno. Estudio cuantitativo y no experimental, muestra de 656 PAM. Los resultados revelaron una significativa asociación entre los hábitos alimentarios (consumo de carne, pescado y productos lácteos) y la localidad de residencia (p<0,001). Las PAM en entornos institucionales, tienen mayores probabilidades de realizar ejercicios para mejorar el equilibrio, mientras que en sus hogares consumen más alcohol. La satisfacción con la vida y el estilo de vida se asocian positivamente (p = 0,000). Concluyen que la satisfacción de las PAM aumenta cuando mejoran su estilo de vida y residen en entornos institucionales, en comparación con aquellos que viven en sus hogares [22].

Carrillo A., et al. (México, 2022) en el estudio “Calidad de vida en adultos mayores cuidadores de nietos del norte y suroeste de México”, tuvieron

como objetivo fue determinar la relación de las características personales con la CdV en adultos mayores cuidadores de nietos. Estudio descriptivo, correlacional y comparativo, muestra de 326 PAM. Los resultados mostraron que la edad promedio fue de 68 años, siendo hombres el 54,9% y mujeres el 45,1%. En cuanto al nivel de CdV, el 48% tenía una CdV alta, el 28,2% media y el 23,6% baja. Concluyen que, a mayor edad y número de hijos, menor es la CdV, situación asociada con el medio geográfico, debiéndose prestar atención a la salud integral de las PAM [23].

Iraizoz AM., et al. (Cuba, 2022) en el estudio “El papel de la familia en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor en la provincia ecuatoriana de El Oro entre enero del 2018 y noviembre del 2019”, tuvieron como objetivo valorar el papel que desempeña la familia en la autopercepción de CdV del AM. Estudio descriptivo, observacional y transversal, muestra de 399 PAM. Los resultados indicaron que la edad promedio fue de 73,66 años; el 78,9% sufrió maltrato y el 75,9% recibió un trato familiar regular, asociado con una CdV deficiente; solo el 18,3% de las PAM recibieron buen trato y manifestaron una CdV eficiente. Además, el trato familiar y la percepción de CdV se asocian positiva y significativamente. Concluyen que la CdV del AM tiene cierto grado de dependencia de los integrantes y familia con quienes convive [24].

Krawczyk M y Kleinrok A. (Polonia, 2022), en el estudio “Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de personas mayores de 65 años”, tuvieron como objetivo determinar la calidad de vida de las personas sanas y CVRS. Estudio transversal-descriptivo y muestra de 1038 PAM. Los resultados reportaron que, en el índice de calidad de vida (ILQ) general, la CVRS era más baja en mujeres ($p = 0,010$), personas que viven en áreas rurales ($p = 0,001$), personas con solo educación primaria ($p< 0,001$) y en el grupo de personas con discapacidad ($p = 0,023$); además, la inactividad física disminuyó significativamente la CVRS. Concluyen que la edad reduce la CdV del AM, particularmente las mujeres tienen un nivel bajo según la CVRS y la salud psicológica está inmersa en la CVRS de las PAM de 80 años [25].

Lin CH, et al. (Taiwán, 2022), en el estudio “Fragilidad y calidad de vida entre adultos mayores en comunidades: Los efectos de mediación de la actividad física diaria (DPA) y la autoeficacia de vida saludable (HLSE)”, tuvieron como objetivo explorar los efectos de la DPA y la HLSE en la relación entre la fragilidad y la CdV en AM. Estudio transversal y descriptivo, muestra de 210 AM. Los resultados demostraron que el 85% tenían bajo nivel educativo y niveles medios a altos de autoeficacia y CdV, hubo correlación positiva entre CdV y HLSE, HLSE y DPA, fragilidad y CdV, edad y fragilidad; el nivel educativo se correlacionó negativamente con la fragilidad y positivamente con DPA. Concluyen que las DPA reducen el impacto negativo de la fragilidad en la CdV, mejoran la autoeficacia y confianza para mantener la salud [26].

Lee MK. y Oh J. (Corea, 2020), en el estudio “Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores: su asociación con la alfabetización en salud (HL), la autoeficacia, el apoyo social y el comportamiento de promoción de la salud”, tuvieron como objetivo explorar las relaciones entre la sociodemografía, la HL, la autoeficacia, el apoyo social, el comportamiento promotor de la salud y la CVRS en AM. Estudio transversal-exploratorio, muestra de 240 PAM. Los resultados reportaron que la edad promedio fue de 75,6 años, el 57,9% eran hombres, el 43,3% no recibió educación formal y el 46,7% tenía al menos una comorbilidad. Concluyen que los indicadores que caracterizan a la CVRS ejercen una influencia positiva en la CdV del AM [27].

Mesa D., et al. (Cuba, 2020) en el estudio “Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor durante el año 2018 y primer semestre 2019”, tuvieron como objetivo diseñar una estrategia de intervención para mejorar la CdV de los AM. Investigación aplicativa, muestra de 223 participantes. Los resultados indicaron que previo a la intervención, la CdV fue media en un 35,8%, muy baja en 31,4%, baja en 21,6% y alta en 11,2%. Después de la intervención, se observó un incremento, siendo media en un 38,2%, baja en 33,2%, alta en 19,7% y muy baja en 8,9%. Concluyen que el cambio del estilo de vida hacia conductas

saludables en la familia propicia la mejora de la autoestima e incrementa el nivel de CdV en las PAM [28].

Castro RM. (Ecuador, 2019) en el estudio “Estilos y calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad Patuco, cantón Celica, en el periodo septiembre 2018 - agosto 2019”, tuvo como objetivo conocer los estilos y calidad de vida del AM de la comunidad Patuco. Estudio descriptivo, transversal, muestra de 30 PAM. Los resultados revelaron que las PAM llevan mayormente un estilo de vida saludable, incluyendo hábitos alimenticios, actividad física regular, tiempo dedicado al ocio, disminución de ingesta de sustancias psicoactivas, descanso y sueño adecuado. La CdV fue muy buena en el 63,3%, buena 10%, media 6,6%, mala 6,6% y muy mala 3,3%. Concluye que las PAM son autónomas en sus actividades diarias y presentan una CdV buena en base a sus estilos de vida saludable [29].

Nacional

Tarrillo IN. (Perú, 2023) en el estudio “Calidad de vida y funcionalidad familiar de los adultos mayores del Centro de Salud Magllanal – Jaén, 2022”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la CdV y funcionalidad familiar de los adultos mayores. Investigación cuantitativa, descriptivo correlacional y transversal, muestra de 91 AM. Los resultados señalaron que el nivel de CdV fue 60,4% medio, el 22,0% bajo y el 17,6% alto. Según dimensiones predominó el nivel de CdV moderada en: salud física (65,9%), salud psicológica (52,7%), relaciones sociales, (44,0%) y ambiente (44,0%). A la relación entre variables la significancia fue de 0,000 < 0,05 y un coeficiente de correlación r = 0,390. Concluye que prevalece el nivel de CdV moderada y las variables estudiadas se correlacionan positivamente [30].

Alarcón E. y Bobadilla S.P. (Perú, 2022) en el estudio “Calidad de vida del adulto mayor que acude a un Puesto de Salud en Carabayllo, 2022”, tuvieron como objetivo determinar la CdV del AM. Investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, muestra de 127 AM. Los resultados mostraron que prevalece la CdV de nivel medio con un 59,8%, mientras que fue bajo en el 33,9% y alto en el 6,3%. Según dimensiones y niveles de CdV

tuvieron mayor predominio: en salud física, 54,3% (alto); en salud psicológica, 45,7% (alto); en relaciones sociales, 87,4% (bajo) y en ambiente, 64,6% (alto). Concluyen que el predominio de la CdV fue de nivel medio, atribuido al rol protector del personal de salud, la familia y contexto social donde se desenvuelven las PAM [31].

Azpur AY., et al. (Perú, 2022) en el estudio “Relación entre el nivel de dependencia física y la calidad de vida del adulto mayor en Pillco Marca, Huánuco 2021”, tuvieron como objetivo determinar la relación entre el nivel de dependencia física y la CdV del AM. Estudio de nivel cuantitativo, descriptivo, observacional, correlacional y transversal, muestra de 132 PAM. Los resultados indicaron que la CdV fue moderada en 74,2% moderada, baja en 24,2% y alta en 1,5%; según dimensiones, predominó el nivel moderado: físico con 87,1%, psicológico 62,9% y social 61,4%. Concluyen que la mayoría de los AM obtuvieron una CdV moderada, vinculada con el género, situación civil, las relaciones intrafamiliares, el rol que desempeñan, y el cuidado y la dependencia de otras personas [32].

Condezo Yl. y Quispe PF. (Perú, 2022) en el estudio “Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca – 2022”, tuvieron como objetivo determinar la relación entre funcionalidad familiar y CdV en el AM. Estudio cuantitativo, correlacional, descriptivo, no experimental y transversal, muestra de 64 AM. Los resultados reportaron que la CdV fue alta (45,31%), moderada (43,75%) y baja (10,94%). Concluyen que la funcionalidad familiar y CdV en el AM se relacionan significativamente, pues a un mayor funcionamiento familiar, la CdV se incrementa [33].

Zurita CM. (Perú, 2022) en el estudio “Promoción de estilo de vida saludables y factores personales biológicos del Adulto Mayor en el Asentamiento Humano las Mercedes I Etapa-Castilla-Piura, 2020”, tuvo como objetivo determinar la asociación entre la promoción del estilo de vida saludable y los factores personales biológicos del AM. Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, muestra de 203 PAM. Los resultados

demostraron que los participantes fueron hombres (54,2%) y mujeres (45,8%); respecto a su estilo de vida, el 75,9% fue no saludable y el 24,1% saludable. Concluye que las múltiples patologías se pueden prevenir al adoptar un estilo de vida saludable y que estas variables guardan una relación significativa [34].

Pérez AN. (Perú, 2022) en el estudio “Alimentación saludable y actividad física en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud José Olaya, Chiclayo, 2018-2019”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la alimentación saludable, actividad física y la CdV del AM. Estudio cuantitativo, descriptivo y no experimental, muestra de 77 PAM. Los resultados indicaron que las PAM tuvieron una alimentación no saludable (50,6%) y una CdV baja (p=0,030), además de un bajo nivel de actividad física y una baja CdV, y solo el 1,3% obtuvo un nivel alto de actividad física, al igual que su CdV. Concluye que la correlación resultó positiva y significativa entre alimentación saludable y actividad física con la CdV de las PAM [35].

Cabrera EN. y Camacho PA. (Perú, 2020), en la investigación “Estilos de vida y nivel cognitivo del adulto mayor. Centro de Salud Liberación Social”, tuvieron como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel del estilo de vida y el nivel cognitivo del AM que asiste al Centro de Salud Liberación Social. Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, muestra de 52 PAM. Los resultados mostraron que el 60% tuvieron estilos de vida no saludable y 40% saludable; según dimensiones fueron saludables: alimentación (60%), actividad y ejercicio (52%), apoyo interpersonal (60%), autorrealización (56%) y responsabilidad en salud (71%); no fueron saludables, manejo del estrés (58%). Concluyen que el estilo de vida y nivel cognitivo del AM se relacionan significativamente [36].

Tantaleán AM. (Perú, 2020) en el estudio “Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, setiembre 2019 – febrero 2020”, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los estilos de vida y el estado nutricional del AM. Estudio no experimental cuantitativo, descriptivo y

transversal, muestra de 40 AM. Los resultados señalaron que practican estilos de vida no saludables (85%) y saludables (15%). De acuerdo a sus dimensiones fueron saludables: apoyo interpersonal (57,5%) y no saludables: alimentación (70%); responsabilidad en salud (67%); autorrealización (60%); actividad y ejercicio (60,0%) y manejo del estrés (55%). Concluye que las variables tienen relación significativa y que la desnutrición y enfermedades del AM son producto de los malos hábitos alimentarios [37].

Mejía RF (Perú, 2020) en el estudio “Calidad de vida percibida por los adultos mayores de un establecimiento de salud, Lima 2019”, tuvo como objetivo determinar la calidad de vida percibida por los adultos mayores de un establecimiento de salud Lima 2019. Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal, muestra de 44 AM. Los resultados indicaron que la CdV percibida fue regular en el 63,6% y buena en el 36,3%. En las dimensiones, predominó el nivel regular: relaciones sociales (88,6%), salud psicológica (73%), salud física (70,5%), mientras que fue buena en ambiente (65,9%). Concluye que en la mayoría de las PAM prevalece una CdV de nivel regular con tendencia a buena [38].

Regional

Cerna G. y Tanta M. (Cajamarca, 2022) en el estudio “Calidad de vida del adulto mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) Cajamarca, 2021”, tuvieron por objetivo fue determinar los niveles de CdV de los AM del CIAM. Estudio cuantitativo, explicativo y no experimental, muestra de 100 PAM. Los resultados mostraron que el nivel de CdV es moderado en el 79%, bajo en el 20% y alto en el 1%; según dimensiones, predominó el nivel moderado en salud física (91%), relaciones sociales (79%), salud psicológica (78%) y ambiente (53%). Concluyen que las PAM, al realizar con frecuencia actividades laborales, sociales y recreativas, se mantienen activas física y mentalmente, logrando así un nivel de CdV moderado y aceptable [39].

En el ámbito local, no se encontraron resultados según nivel investigativo del presente estudio.

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

Este estudio se basa en la teoría de Nola Pender y en su Modelo de Promoción de la Salud (MPS), el cual determina componentes de cognición y percepción de una persona que se modifican por características del entorno, conductas y comportamientos, que afectan a la salud y el cambio de prácticas poco saludables [26, 40]. Además, se relaciona con los metaparadigmas de salud, persona, entorno y enfermería [41]. Así también, el MPS toma en cuenta elementos de predicción y formación, e incluye la influencia de las percepciones, limitaciones, comportamientos, conductas y situación del individuo [42].

En este contexto, al referirse al envejecimiento se puede afirmar que este se caracteriza por su heterogeneidad y multidimensionalidad, e implica demandas crecientes en el sistema de salud para ofrecer cuidados de Enfermería según la complejidad y particularidad en esta etapa de vida. En tal sentido, deben implementarse acciones de promoción para un envejecimiento saludable y una mejor CdV en las PAM [43].

Este modelo aporta beneficios significativos sobre la CdV de las personas, mediante acciones que mantienen o intensifican el bienestar. También facilita en la formación de principios sólidos basados en la práctica clínica de Enfermería, permitiendo planificar, ejecutar y evaluar las acciones orientadas a comprender y abordar de manera integral el fenómeno del envejecimiento saludable de las PAM [44].

En general, el MPS ayuda a identificar los factores y comportamientos de salud que promueven una mejor CdV y el estado de salud de las PAM, vinculado con fuentes nutricionales, realización de actividades físicas, compromiso con la salud, manejo

de problemas psicológicos y formas de interrelacionarse. En este contexto, la familia, amigos y el personal asistencial son los recursos influyentes para que el AM aumente o disminuya su autocuidado y toma de decisiones respecto a nuevas conductas y comportamientos saludables [45].

Finalmente, la base teórica del MPS permite explorar factores predictores y relaciones que contribuyen al fomento de actividades de promoción de la salud. Estas ayudan a la mejora del estilo y CdV de las personas en el contexto o comunidad donde se desenvuelven [42, 45]. Además, promueve una sensación de salud y bienestar, evidenciada en la compensación de requerimientos personales e influencia en la CdV [46], y proporciona información relevante que ayuda al diseño e implementación de estrategias públicas que promueven el envejecimiento saludable.

2.2.2. Estilo y calidad de vida

A. Estilo de vida

De acuerdo a la OMS se define como “la manera global que el ser humano convive e interactúa con su medio, teniendo en cuenta sus condiciones de vida, patrones socioculturales y conductas individuales” [47]. Los comportamientos desarrollados por el individuo a lo largo de la vida influyen en la constitución de la vejez [48].

A.1. Dimensiones

El estilo de vida está constituido por seis dimensiones [49]:

A.1.1. Alimentación

Corresponde al conjunto de acciones que proporcionan nutrientes y energía al organismo mediante el proceso digestivo. Depende de la conducta adoptada por una persona en relación con su cultura y, sobre todo, de su disposición económica para satisfacer sus necesidades alimenticias [50].

Los patrones dietéticos saludables tienen beneficios positivos para la salud y CdV del AM [51]; por el contrario, el riesgo de una dieta deficiente conlleva a la desnutrición e incremento de enfermedades crónicas, cardiovasculares, respiratorias u otras que perjudican a las PAM [52].

A.1.2. Actividad y ejercicio

Se considera a toda contextura o superficie corporal que se encuentre en movimiento e implica un gasto de energía, usualmente medido en kilocalorías, e incluye acciones recreativas y domésticas [53] que reducen el impacto negativo de la fragilidad, el sedentarismo y la inactividad sobre la CdV y salud de las PAM [26].

El plan mundial de la OMS sobre la actividad física, tiene como objetivo brindar entornos seguros que promuevan y mantengan el bienestar integrado de las personas, prevengan las ENT y permitan un envejecimiento saludable [54]. Asimismo, enfatiza la importancia de desarrollar intervenciones integradas y sostenibles según los niveles de fragilidad de las PAM [11].

A.1.3. Manejo del estrés

El estrés está referido al acúmulo de problemas orgánicos y fisiológicos que afectan principalmente la salud física y mental del ser humano. Las reacciones se desencadenan ante cualquier circunstancia adversa en la vida y el quehacer de cada individuo [55].

Por lo general, el estrés perjudica a la salud y CdV de las PAM carentes de apoyo psicológico, social y de recursos necesarios para afrontar su situación de vulnerabilidad y pérdida de independencia; presentándose síntomas de depresión y disminución de la autoestima [56, 57], que deben ser manejados con actividades

físicas, relajación y alimentación saludable para lograr el bienestar psicológico y una mejor CdV [11].

A.1.4. Apoyo interpersonal

Implica la capacidad de la persona para observar e interpretar correctamente su entorno y proporcionar respuestas sociales y emocionales apropiadas [58], con el fin de relacionarse y adquirir apoyo como fuente de afrontamiento en el control de vida del AM [59].

Los bajos niveles de apoyo emocional, las malas y estresantes interacciones sociales están asociados a que las PAM vivan en soledad, presenten depresión y tengan una mala salud mental [58]. Se requiere de apoyo social y recursos sanitarios adaptados a las PAM para garantizar su participación activa y satisfacción con la vida [60].

A.1.5. Autorrealización

Referida al logro alcanzado por una persona en base a sus necesidades básicas (fisiológicas, de protección, sociales y valoración), así también, el deseo de crecer, desarrollar, reconocer, valorar y fortalecer el desempeño y cualidades individuales que permiten alcanzar el estado de felicidad [61].

Las PAM mayormente son motivadas al realizar actividades creativas y proyectos en su vida, incluyendo aspectos de valoración y aceptación personal, contacto ambiental, propósito y autocontrol, asociadas a su bienestar y elección de decisiones [62].

A.1.6. Responsabilidad en salud

Relacionada con el compromiso que posee el AM para su propio cuidado, mediante hábitos o estilos de vida que satisfagan sus necesidades, deseos y expectativas dentro de su entorno, además de contribuir al mejoramiento de su CdV [63, 64].

Implica que el sistema sanitario debe garantizar la prestación de servicios de atención sanitaria con calidad, con el fin de asegurar su bienestar físico y psicosocial del AM, basado en el enfoque de derechos de las PAM [13].

A.2. Tipos

A.2.1. Estilo de vida saludable

Referido a distintos comportamientos asociados a fomentar y proteger la salud, que contribuyen a prevenir las enfermedades y el deterioro del funcionamiento del organismo [65]. Esto incluye el consumo de una dieta saludable, la realización de actividad física, el descanso adecuado, el mantenimiento de buenas relaciones sociales y la abstención de fumar, entre otros hábitos. Lo que conlleva a que las PAM incrementen su esperanza de vida y disfruten de una vejez exitosa [66].

A.2.2. Estilo de vida no saludable

Alude a una serie de conductas nocivas adoptadas por el ser humano, que crean un cuadro negativo en su salud y CdV [67], aumentando el riesgo de mortalidad y eventos desfavorables a lo largo de la vida [66].

Los comportamientos no saludables, como la inactividad física, los malos hábitos alimentarios, la ingesta excesiva de alcohol y la falta de interacción social, son factores que condicionan la salud y la aparición de enfermedades crónicas; así también, pueden provocar baja autoestima, ansiedad, depresión y fatiga mental [67].

B. Calidad de Vida (CdV)

La OMS define a la CdV como "aquella apreciación o sensación individual sobre su vida, mediante la interpretación de su cultura, valores, objetivos, intereses, normas e inquietudes" [67].

Incluye componentes macro, como la empleabilidad, el ingreso económico, la vivienda, la educación y otras condiciones de vida y ambientales; mientras que el componente micro considera las percepciones de la CdV, las experiencias y los valores de los individuos, e indicadores indirectos relacionados con el bienestar, la paz, la felicidad y la armonía en sus vidas [68].

B.1. Dimensiones

De acuerdo a la OMS, la CdV se evalúa mediante el instrumento WHOQOL-BREF, que adopta un enfoque multidimensional con cuatro dimensiones [69]:

B.1.1. Salud física

Es un proceso activo que involucra distintos mecanismos de adaptación para mantener la salud o recuperarse después de una enfermedad [70, 71]. Se valoran indicadores relacionados con las necesidades de las PAM, como el confort, la actividad, el ejercicio, el sueño y el reposo [69].

B.1.2. Salud psicológica

Entendida como el bienestar personal al adaptarse, disfrutar de la existencia y alcanzar metas significativas, de forma positiva en la que trasciende el déficit de complicaciones a nivel mental [72]. Se evalúan el estado emocional positivo y negativo, la religión y las creencias del individuo, además de aspectos que determinan el conocimiento a través del uso de la razón, así como la apariencia y la autoestima [69].

B.1.3. Relaciones sociales

Responde a las necesidades sociales y psicológicas del individuo, brindando apoyo emocional, instrumental, informativo y evaluativo. Contribuye esencialmente a elevar el nivel de CdV de las PAM y aporta felicidad a sus vidas [73]. Se valora la interacción social del AM con su entorno, teniendo en cuenta la relación personal, la actividad sexual y el apoyo social [69].

B.1.4. Medio ambiente

Considera la percepción vinculada al área o medio físico donde el AM interactúa, incluyendo su hogar, comunidad y entorno, los cuales actúan como contexto de vida y contribuyen a su CdV en términos de salud, bienestar y enfermedades [74]. Se valoran criterios como la autonomía y seguridad, el entorno físico, los requerimientos económicos, el acceso a información, la atención sanitaria, el hogar y el transporte del adulto mayor (AM) [69].

B.2. Nivel de CdV

Relativo a la percepción de la CdV por dimensiones, valorándose a través de indicadores correlacionados con la salud física y psicológica, las relaciones sociales y el entorno [75].

Los niveles de CdV son baja, moderada y alta [69]:

- **CdV baja:** El individuo experimenta insatisfacción y valora de forma negativa la CdV, ante la existencia de limitaciones y dependencia física, psicológica, relaciones familiares, sociales y entorno.
- **CdV moderada:** El individuo percibe y valora sus condiciones de vida, medidas por su salud física y mental, relación familiar y social, condiciones materiales y económicas, encontrándose en un nivel intermedio.
- **CdV alta:** El individuo percibe un buen estado de salud física, psicológica y social, siendo satisfactorio y favorable en relación con su vida.

C. Adulto mayor (AM)

C.1. Definición

El AM es aquel individuo de 60 años a más [1].

C.2. Clasificación de la atención del AM por categorías

Según categorías se determina como [76]:

- **Persona adulta mayor saludable:** No presenta antecedentes de riesgo, aparenta buena salud y carece de patologías.
- **Persona adulta mayor enferma**: Padece afecciones de cualquier grado, pero no presenta invalidez.
- **Persona adulta mayor frágil:** Posee dependencia parcial, es vulnerable a riesgos sociales y caídas, es pluripatológico y sufre de enfermedades crónicas no transmisibles.
- **Paciente geriátrico complejo:** Con una edad de 80 años a más, es pluripatológico, totalmente dependiente, incapacitado o en fase terminal, entre otros [76].

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1 Estilo de vida: Modo de vivir e interactuar frente a las condiciones y patrones individuales establecidos a partir de factores socioculturales y personales [47].

2.3.2 Calidad de vida (CdV): Percepción personal del sentido de la existencia en relación con la cultura, valores, expectativas, desarrollo, preocupaciones y normas de convivencia de forma independiente [67].

2.3.3 Adulto mayor (AM): Persona de 60 años a más [1].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

La presente investigación se ejecutó en el Centro Poblado (CCPP) Choctapata – Rojaspampa, ubicado en el distrito de Chota, se encuentra a 2 km de distancia de la ciudad de Chota. Limita al este con el CCPP El Mirador, al oeste con el CCPP Colpa Matara, al norte con los CCPP Condorpullana y Rambrampata, y al sur con el CCPP Cuyumalca. Presenta un clima templado-frío [77], y su población se dedica principalmente a actividades agrícolas y ganaderas.

El lugar de estudio fue el establecimiento de salud Rojaspampa, de categoría I – 1, adscrito al MINSA, que brinda atención diurna de 8:00 am a 3:00 pm (todos los días). Actualmente, laboran cinco trabajadores de la salud: dos Licenciados en Enfermería, una Obstetra y dos Técnicos en Enfermería. La cobertura de atención abarca a las comunidades de Choctapata Alto y Centro, Carlos Mariátegui, Cochaconga, Rojaspampa, Nuevo Colpa y Pacchapampa, brindando atención a un promedio a 150 PAM que residen en estas zonas.

3.2. Diseño de investigación

El presente estudio se basa en un enfoque cuantitativo, con procesamiento y análisis estadístico para probar la hipótesis planteada. De diseño no experimental, ya que no existe la intervención deliberada de variables; correlacional, describe la relación entre estilo de vida y CdV del AM; prospectivo, abarca un solo grupo poblacional; y de corte transversal, los datos del estudio se recolectan en un solo momento [78].

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Se considera a las PAM que acuden al Puesto de Salud Rojaspampa, con un total de 150.

3.3.2. Muestra

Se seleccionó una muestra probabilística aleatoria simple [78]. Para ello, se utilizó la siguiente fórmula:

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{N} * \mathbf{Z^2} * \mathbf{P} * \mathbf{Q}}{(\mathbf{N-1}) * \mathbf{E^2} + \mathbf{Z^2} * \mathbf{P} * \mathbf{Q}}$$ [79].

Donde:

Tamaño de la población (N) = 150 PAM

Nivel de confianza (Z) = 95%= 1,96

Margen de error (E) = 5% = 0,05

Probabilidad de éxito (P) = 0,5

Probabilidad de fracaso (Q) = 0,5

Tamaño de la muestra (n) = ?

P + Q = 1

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{150} * \mathbf{1,96^2} * \mathbf{0,5} * \mathbf{0,5}}{(\mathbf{150} - \mathbf{1}) * \mathbf{0,05^2} + \mathbf{1,96^2} * \mathbf{0,5} * \mathbf{0,5}}$$

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{150} * \mathbf{3,8416} * \mathbf{0,25}}{(\mathbf{149}) * \mathbf{0,0025} + \mathbf{3,8416} * \mathbf{0,25}}$$

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{144,06}}{\mathbf{0,3725} + \mathbf{0,9604}}$$

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{144,06}}{\mathbf{1,3329}}$$

$$\mathbf{n} = \mathbf{108}$$

Posteriormente, se determinó que la muestra del estudio estaba conformada por 108 AM.

3.3.3. Unidad de estudio

Estuvo representada por cada AM que acudió al Puesto de Salud Rojaspampa situado en el distrito de Chota, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación:

Criterios de inclusión

Se propuso que las PAM cumplan con las especificaciones descritas a continuación:

- Acuden regularmente al establecimiento de salud.
- Tenían 60 años o más, tanto mujer y varón.
- Firmaron su consentimiento para brindar sus datos.

Criterios de exclusión

Las PAM no seleccionadas en el estudio fueron aquellos que presentaron alguna de las siguientes condiciones:

- Tuvieron trastornos auditivos u otra capacidad diferente.
- Se negaron a participar del estudio.

3.4. Operacionalización de variables

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Valor final	
				Dimensiones	**Valor final**
Estilo de vida	Modo de vivir e interactuar frente a las condiciones y patrones individuales establecidos a partir de factores socioculturales y personales [47].	- **Alimentación**	- Número de veces de comida por día. - Consumo de alimentos balanceados. - Frecuencia de veces que ´bebe agua por día. - Incluye consumo de frutas entre comidas. - Elige comidas sin ingredientes artificiales o químicos. - Revisa etiquetas de alimentos empacados.	- Saludable: (19 a 22 puntos) - No saludable (11 a 18 puntos)	Estilo de vida Saludable: (75 a 100 puntos) No saludable (25 a 74 puntos) [80, 34].
		- **Actividad y ejercicio**	- Realiza ejercicios por lo menos 20 a 30 minutos al menos tres veces por semana. - Realiza actividades que incluyen movimiento.	- Saludable: (6 a más puntos) - No saludable (2 a 5 puntos)	
		- **Manejo del estrés**	- Identifica situaciones negativas que ocasionan tensión o preocupación. - Expresa sentimientos de tensión o preocupación. - Plantea formas de solucionar un problema. - Realiza actividades de relajación.	- Saludable: (13 a 16 puntos) - No saludable (7 a 12 puntos)	
		- **Apoyo interpersonal**	- Relación con los demás. - Mantiene buenas relaciones interpersonales. - Expresa sus deseos e inquietudes. - Recibe apoyo en situaciones difíciles.	- Saludable: (14 a 16 puntos) - No saludable (8 a 13 puntos)	

		- **Autorrea-lización**	- Satisfacción con lo realizado durante su vida. - Satisfacción con las actividades que actualmente realiza. - Realiza actividades que fomentan su desarrollo personal.	- Saludable: (10 a 12 puntos) - No saludable (5 a 9 puntos)	
		- **Responsa-bilidad en salud**	- Acude al puesto de salud mínimo una vez al año para revisión médica. - Acude al puesto de salud por algún malestar. - Toma medicamentos según prescripción médica. - Acepta las recomendaciones brindadas por el personal de salud. - Participa en actividades que fomentan su salud. - Consumo de sustancias nocivas para su salud.	- Saludable: (19 a 23 puntos) - No saludable (9 a 18 puntos)	
Calidad de vida (CdV)	Percepción personal del sentido de existencia teniendo en cuenta su cultura, expectativas, desarrollo, preocupaciones, valores y normas	- **Salud física**	- Dolor. - Dependencia de medicinas. - Energía para la vida diaria. - Movilidad. - Sueño y descanso. - Actividades de la vida diaria. - Capacidad de trabajo.	- CdV baja (11 a 17 puntos) - CdV moderada (18 a 21 puntos) - CdV alta (22 a 26 puntos)	- CdV baja (puntaje inferior a 48) - CdV moderada (puntaje desde 48 hasta 73)
		- **Salud psicológica**	- Sentimientos positivos. - Sentimientos negativos. - Espiritualidad, religión, creencias personales. - Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración.	- CdV baja (10 a 15 puntos) - CdV moderada (16 a 19 puntos) - CdV alta (20 a 25 puntos)	

	de convivencia de forma independiente [67].		- Imagen corporal. - Autoestima.		- CdV alta (puntaje mayor de 74) [81, 30].
		- **Relaciones sociales**	- Relaciones personales. - Actividad sexual. - Apoyo social.	- CdV baja (4 a 7 puntos) - CdV moderada (8 a 9 puntos) - CdV alta (10 a 11 puntos)	
		- **Ambiente**	- Libertad y seguridad. - Ambiente físico. - Recursos económicos. - Oportunidad de información. - Ocio y descanso. - Hogar. - Atención sanitaria/social. - Transporte.	- CdV baja (14 a 22 puntos) - CdV moderada (23 a 27 puntos) - CdV alta (28 a 33 puntos)	

3.5. Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos

Técnicas de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos sobre el estilo y CdV del AM fue la encuesta heteroadministrada, ya que las preguntas fueron leídas al participante; se realizó de forma sincrónica (con el llenado de datos al mismo instante) y no anónima, dado que cada participante proporcionó sus datos personales.

Procedimiento

Como punto de partida, se presentó el estudio al jefe del Puesto de Salud Rojaspampa, ubicado en el distrito de Chota, obteniendo así la autorización para llevar a cabo la investigación y acceder al padrón nominal de usuarios atendidos en dicho establecimiento de salud. Esto permitió determinar la población exacta de PAM, a partir de la cual se calculó estadísticamente la muestra. Posteriormente, se aplicaron los cuestionarios a las 108 PAM, asegurando la obtención de su consentimiento informado antes de llevar a cabo la encuesta.

3.5.2. Materiales

Se emplearon dos cuestionarios como instrumentos de medición en la investigación:

- El primero es un cuestionario sobre estilo de vida, basado en el modelo de Walker E, Serchist K y Pender N. de 1995 [80], modificado por Delgado R, Díaz R y Reyna E. en 2008, según lo mencionado por Zurita CM [34]. Incluyó un total de 25 ítems, dividido en seis dimensiones: alimentación (ítem 1 al 6), actividad y ejercicio (ítems 7 y 8), manejo del estrés (ítems 9 al 12), apoyo interpersonal (ítems 13 al 16), autorrealización (ítems 17 al 19) y responsabilidad en salud (ítems 20 al 25). Cada ítem es valorado en una escala de cuatro puntos, siendo: “nunca” = 1, “a veces” = 2,

“frecuentemente” = 3 y “siempre” = 4; excepto el ítem 25, cuya puntuación es de manera inversa.

Este cuestionario tiene un puntaje máximo de 100 puntos. El estilo de vida se categoriza como saludable con una puntuación de 75 a 100, y como no saludable con un puntaje de 25 a 74. El instrumento demostró una confiabilidad aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,8, lo que indica un coeficiente alto y respalda su aplicación [79].

Para determinar el valor final por dimensiones de la variable estilo de vida, el investigador realizó la baremación. Este procedimiento implicó calcular el valor mínimo y máximo, así como el percentil 50, que ayudó a determinar el valor central en relación con los indicadores evaluados. De esta manera, se definieron los tipos de estilo de vida por dimensión de la siguiente manera: Alimentación: saludable (19 a 22 puntos) y no saludable (11 a 18 puntos); actividad y ejercicio: saludable (6 a más puntos) y no saludable (2 a 5 puntos); manejo del estrés: saludable (13 a 16 puntos) y no saludable (7 a 12 puntos); apoyo interpersonal: saludable (14 a 16 puntos) y no saludable (8 a 13 puntos); autorrealización: saludable (10 a 12 puntos) y no saludable (5 a 9 puntos) y responsabilidad en salud: saludable: (19 a 23 puntos) y no saludable (9 a 18 puntos).

- El segundo cuestionario fue el de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en AM propuesto por la OMS [81], referido por Tarrillo [30]. Consta de 26 ítems, de los cuales 24 están estructurados en cuatro dimensiones: salud física, incluye 7 ítems o preguntas (p) (p3, p4, p10, p15, p16, p17, p18); salud psicológica, 6 ítems (p5, p6, p7, p11, p19, p26); relaciones sociales, 3 ítems (p20, p21, p22) y ambiente, 8 ítems (p8, p9, p12, p13, p14, p20, p24, p25). Para evaluar la CdV se establecieron tres categorías: CdV alta (puntaje mayor a 74), CdV media (entre 48 y 73 puntos) y CdV baja (menos de 48 puntos). Este instrumento tiene una confiabilidad aceptable,

con un alfa de Cronbach de 0,965 y según la evaluación de jueces expertos fue considerado como bueno, alcanzando un valor final del 89,6%.

Para determinar el valor final por dimensiones de la variable calidad de vida, el investigador realizó la baremación, procedimiento que implicó calcular el valor mínimo y máximo, además de los percentiles 30 y 70, lo que ayudó a determinar los rangos del nivel de CdV por cada dimensión en relación a sus indicadores evaluados. De esta manera, se obtuvo que las dimensiones debían ser evaluadas de la siguiente forma: salud física: CdV baja (11 a 17 puntos), CdV moderada (18 a 21 puntos) y CdV alta (22 a 26 puntos); salud psicológica: CdV baja (10 a 15 puntos), CdV moderada (16 a 19 puntos) y CdV alta (20 a 25 puntos); relaciones sociales: CdV baja (4 a 7 puntos), CdV moderada (8 a 9 puntos) y CdV alta (10 a 11 puntos); y ambiente: CdV baja (14 a 22 puntos), CdV moderada (23 a 27 puntos) y CdV alta (28 a 33 puntos).

Respecto a la adaptación de los instrumentos mencionados, en 2023 se llevó a cabo, en primer lugar, una prueba piloto con el 20% del total de la muestra, representada por 22 PAM del Establecimiento de Salud Cañafisto, ubicado en la jurisdicción del CC.PP. Cuyumalca, distrito de Chota. Estos participantes presentaron características similares a la unidad de estudio, lo que validó la pertinencia y comprensión de los instrumentos por parte de la población estudiada. Ambos instrumentos de medición obtuvieron una confiabilidad aceptable, con coeficientes alfa de Cronbach de 0,875 y 0,920, respectivamente.

Los recursos requeridos para realizar el presente estudio, incluyeron tanto recursos humanos como materiales. En cuanto a

los recursos humanos, estuvieron conformados por el investigador, la asesora, el jurado evaluador y la población de estudio. Por otro lado, los recursos materiales utilizados abarcaron dos cuestionarios, materiales de escritorio y programas estadísticos como Microsoft Excel y SPSS V. 26,0.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenida la información respectiva, se realizó la codificación de forma manual con el propósito de tener un mayor control. Posteriormente, se diseñó una matriz de consistencia en una hoja electrónica de cálculo de Microsoft Excel 2016 y en el paquete estadístico SPSS v. 26,0 con los datos obtenidos según cada instrumento. Esto facilitó la realización de pruebas estadísticas factibles que garantizaron el cumplimiento de los objetivos del estudio.

El análisis estadístico comprendió la estadística descriptiva, que incluyó la presentación de tablas simples con las frecuencias absolutas y relativas (%), la media y la desviación estándar. La interpretación y análisis de los resultados se definieron a partir de los porcentajes más altos y relevantes. Además, se realizó un análisis estadístico inferencial con el fin de correlacionar las variables estilo de vida y CdV del AM, utilizando la prueba estadística de correlación de Spearman. Para este análisis, se consideraron valores de $p = 0,05$ e IC = 95%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Tabla 1. Características sociodemográficas del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Características sociodemográficas	N°	%
Sexo		
Femenino	61	56,5
Masculino	47	43,5
Edad/años		
60-64	34	31,5
65-69	30	27,8
70-79	23	21,3
80-89	21	19,4
Estado civil		
Soltero	17	15,7
Casado	55	50,9
Conviviente	18	16,7
Viudo	18	16,7
Grado de instrucción		
Sin instrucción	57	52,8
Primaria	50	46,3
Secundaria	1	0,9
Ocupación		
Ama de casa	62	57,4
Agricultor	39	36,1
Construcción	3	2,8
No trabaja	4	3,7
Total	**108**	**100**

Fuente: Cuestionario de estilo y calidad de vida del AM

En la Tabla 1 se observa que de las 108 PAM, el 56,5% corresponden al sexo femenino y 43,5% al masculino, según la edad predominó el rango de 60 a 64 años con el 31,5%, seguido de los rangos de 65 a 69 con 27,8%, 70

a 79 con 21,3% y de 80 a 89 años con el 19,4%. Respecto al estado civil, 15,7% son solteros, 50,9% casados, 16,7% convivientes y 16,7% viudos. Según el grado de instrucción, 52,8% no tiene instrucción, 46,3% tiene educación primaria y solo el 0,9% posee educación secundaria. En relación a la ocupación, el 57,4% son amas de casa, el 36,1% agricultores, el 2,8% se dedican a la construcción y el 3,7% no trabajan.

Los resultados descritos anteriormente son homogéneos a los indicados por el INEI en 2023, que señalan que el 42,7% de la población del área rural peruana son PAM, de las cuales el 56,8% son mujeres y el 43,2% hombres. Asimismo, el 30,5% no tienen instrucción y solo el 53,8% han completado la educación primaria. En términos de actividad laboral, el 57,1% se considera PEA y el 42,9% no forma parte de esta [16].

Por otra parte, Carrillo et al. en 2022, señalaron que el 54,9% de los participantes fueron hombres y el 45,1% mujeres [23]. De manera similar, Lee y Oh. en 2020 encontraron que la mayoría de la muestra estuvo conformada por hombres (57,9%), eran casados (65,0%) y sin educación (43,3%) [27]. Además, Iraizoz et al. en 2022 afirmaron en su estudio que la edad promedio se encontraba entre 65 y 74 años, predominó el sexo femenino (57,4%), fueron amas de casa (40,9%), casados (46,4%) y tenían educación primaria (63,7%) [24]. Y Lin, et al. en 2022 informaron que el 75,70% eran mujeres, con una edad promedio de 74,45 años, el 97% estaba casado y el 85% tenía un nivel de educación ≤ a 12 años [26].

Por su parte, Mesa et al. en 2020 reportaron que los participantes fueron mayormente mujeres, predominó el nivel alto de CdV en PAM con pareja, el nivel educativo no se correlaciona, y tras la intervención, los estilos y CdV fueron positivos [28]. Igualmente, Castro en 2019 determinó que había mayor proporción de mujeres que de hombres, la edad de mayor rango fue entre 65 y 75 años, el 56,67% estaban casados, el 100% tenía educación primaria, predominaron las actividades domésticas en las mujeres y la agricultura en los hombres [29]. De lo reportado en los estudios se puede inferir que

algunas características sociodemográficas se asemejan significativamente y otras difieren en menor proporción en comparación con los indicadores evaluados en esta investigación.

Según el sexo de las PAM, el 80% de las mujeres presentan CdV baja, resultado que es respaldado por Krawczyk y Kleinrok en 2020, quienes señalaron que las mujeres por lo general tienen un nivel bajo de CVRS. También indicaron que la edad, como un factor no modificable en PAM sanas de 65 años, reduce significativamente la CdV y destacan que los cambios en las PAM de 80 años muestran mayor visibilidad en su salud física [25].

Las características sociodemográficas del AM son indicadores clave para comprender los comportamientos individuales y necesidades dentro de una sociedad. A los años acumulados en las PAM se suman problemas de salud degenerativos y múltiples enfermedades que perjudican gozar de un completo bienestar. En las zonas rurales, los hombres desempeñan roles vinculados con actividades en beneficio de sus familias, la mayoría realizan actividades agrícolas y ganaderas, mientras que las mujeres asumen responsabilidades domésticas como la crianza de los hijos, la alimentación y otras labores del hogar, que generalmente representan tareas cotidianas en su dinámica familiar.

Los organismos e instituciones prestadoras de salud (IPRESS) deben implementar políticas, planes y programas destinados a promover acciones que beneficien los comportamientos de salud y la CdV de las PAM. Es prioritario desarrollar actividades preventivas y promocionales de manera equitativa, especialmente dirigidas a las PAM que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como aquellas que no pueden trabajar y viven en hogares con escasos recursos, a fin de satisfacer sus necesidades esenciales.

4.2. Estilo de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Tabla 2. Estilo de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Estilo de vida	N°	%
No saludable	63	58,3
Saludable	45	41,7
Total	**108**	**100,0**

Fuente: Cuestionario del estilo de vida del AM

En la Tabla 2 se muestra que, de las 108 PAM estudiadas, el 58,3% tiene un estilo de vida no saludable y el 41,7% un estilo de vida saludable. Estos resultados son similares a los encontrados por Zurita en 2020, quien reportó un estilo de vida no saludable en el 75,9% y saludable en el 24,1% de las PAM estudiadas [34]. De igual manera, Cabrera y Camacho en 2020 obtuvieron que el 60% de las PAM tenía un estilo de vida no saludable y el 40% un estilo de vida saludable [36]. Tantaleán en 2020, por su parte, encontró que el 85% de las PAM tenía un estilo de vida no saludable y solo el 15% un estilo de vida saludable [37]. Sin embargo, estos hallazgos contrastan con los reportados por Castro en 2019, quien señaló que la mayoría de las PAM tenían un estilo de vida saludable [29].

Los comportamientos y hábitos saludables en un individuo se refieren a diversas prácticas que promueven y protegen la salud, contribuyendo a prevenir enfermedades y el deterioro del organismo [65]. Estos incluyen una alimentación saludable, actividad física regular, descanso adecuado, relaciones sociales positivas y la abstención del tabaquismo, entre otros [66] Por el contrario, los hábitos no saludables comprenden prácticas nocivas que afectan la salud y la calidad de vida (CdV) de las PAM, como la inactividad

física, la mala alimentación, el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, y la falta de interacción social. Estos hábitos contribuyen al deterioro de la salud y favorecen la aparición de enfermedades crónicas en este grupo poblacional [67]. Por lo tanto, es fundamental promover prácticas y comportamientos saludables para mejorar y preservar la CdV, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable.

El MPS ayuda a identificar las circunstancias cognitivas y percepciones que influyen en el comportamiento de una persona, las cuales se ven modificadas por las características del entorno, las conductas y los comportamientos, afectando así la salud y la adopción de prácticas poco saludables [26, 40]. Asimismo, describe los factores predictores y las relaciones que contribuyen a promover acciones que favorecen la salud, mejorando los estilos de vida y la CdV de las PAM [42, 45]. Este modelo se centra en el ámbito educativo, el apoyo social y el autocuidado, promoviendo una sensación de bienestar y salud que se refleja en una mejor CdV [46]. Además, proporciona una base sólida para comprender las dificultades asociadas al bienestar de las PAM y facilita la planificación de cuidados en los entornos de atención en salud.

Después de una intervención educativa, es posible modificar el estilo de vida no saludable hacia uno positivo [28], ya que contribuye a evitar el padecimiento de múltiples enfermedades [34]. En este escenario, los profesionales de Enfermería desempeñan un papel activo en la promoción de estilos de vida saludables, mediante la educación en salud para propiciar la adopción y mantener los cambios de comportamiento en el tiempo con un enfoque de cuidado integral de las PAM en el proceso de envejecimiento.

El entorno en el que se desenvuelve el ser humano influye de forma directa o indirecta en su vida. Como seres sociales, las personas responden a los estímulos del ambiente, ya sea utilizando sus propios recursos o buscando apoyo externo. Estas respuestas se basan en un conocimiento empírico, permitiendo a las PAM satisfacer sus deseos y actuar de la manera que consideren de mayor beneficio para sí mismas y sus familias.

4.3. Dimensiones del estilo de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Tabla 3. Dimensiones del estilo de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Dimensiones	Estilo de vida	N°	%
Alimentación	No saludable	70	64,8
	Saludable	38	35,2
Actividad y ejercicio	No saludable	69	63,9
	Saludable	39	36,1
Manejo del estrés	No saludable	67	62,0
	Saludable	41	38,0
Apoyo interpersonal	No saludable	64	59,3
	Saludable	44	40,7
Autorrealización	No saludable	56	51,9
	Saludable	52	48,1
Responsabilidad en salud	No saludable	60	55,6
	Saludable	48	44,4
Total		**108**	**100,0**

Fuente: Cuestionario de estilo de vida del AM

En la Tabla 3 se revela que, del total de PAM (108) según dimensiones predominó el estilo de vida no saludable en: alimentación (64,8%), actividad y ejercicio (63,9%), manejo del estrés (62,0%), apoyo interpersonal (59,3%),

autorrealización (51,9%) y responsabilidad en salud (55,6%); y en cada dimensión fueron saludables en menores porcentajes.

Estos indicadores son similares a los reportados por Tantaleán en 2020, quien señaló que las dimensiones del estilo de vida fueron no saludables en las PAM: alimentación (70%), responsabilidad en salud (67%), autorrealización (60%), actividad y ejercicio (60,0%) y manejo del estrés (55%) [37]. Sin embargo, Cabrera y Camacho, en 2020, encontraron lo contrario, las dimensiones como alimentación (60%), actividad y ejercicio (52%), apoyo interpersonal (60%), autorrealización (56%) y responsabilidad en salud (71%) fueron saludables [36]. Además, Castro en 2019, determinó que los estilos de vida relacionados con la alimentación, ingesta de productos psicoactivos, actividad y ejercicio, tiempo de descanso/sueño y autocuidado también fueron saludables [29].

En este sentido, el estilo de vida está constituido por seis dimensiones [49]. En primer lugar, la alimentación sugiere mantener una dieta saludable [51]; de lo contrario, persistirá la desnutrición e incremento de enfermedades crónicas, cardiovasculares y respiratorias, entre otras [52]. La segunda dimensión, actividad y ejercicio, enfatiza la importancia de realizar actividades recreativas y domésticas para reducir el impacto negativo de la fragilidad, el sedentarismo y la inactividad. Asimismo, ayuda a prevenir ENT y, en general, favorece la salud mental y social de las PAM [26, 54]. La tercera dimensión, manejo del estrés, debe ser compensada con actividades físicas, técnicas de relajación y una alimentación saludable para lograr el bienestar psicológico y una CdV aceptable [11].

En cuanto a la autorrealización, las PAM están mayormente motivadas al realizar actividades creativas y proyectos de vida, incluyendo la autoaceptación, relaciones positivas, dominio ambiental, crecimiento personal, autonomía, propósito y autocontrol, aspectos asociados a su

bienestar [62]. Por último, la responsabilidad en salud implica que el sistema sanitario debe garantizar la prestación de servicios de calidad, asegurando la salud física, mental y social, basado en el enfoque de derechos de las PAM [13].

Los malos hábitos alimenticios conllevan a la desnutrición y riesgo de enfermar en las PAM [37]. Para abordar este problema, se deben identificar los factores y comportamientos de salud que promuevan una mejor CdV y el estado de salud de las PAM, vinculados con fuentes nutricionales, la práctica de actividades físicas, el compromiso con los cuidados de la salud, el manejo de problemas psicológicos y la forma de interrelacionarse con los demás. A partir de ello, la familia, los amigos y el personal de salud desempeñan un papel importante en el fomento del autocuidado y la toma de decisiones saludables en las PAM [45].

Vásquez y Rodríguez en 2019, revelaron que las PAM que realizan actividad física de forma regular tienden a modificar su estilo de vida, aumentando su CdV. Estas acciones favorecen la disminución de daños degenerativos en la salud, ocasionados en gran medida por una alimentación no saludable y el sedentarismo. Además, la actividad física genera una mejor CdV a partir de la interacción de factores psicológicos y físicos de cada persona [17]. Por otra parte, Wong et. al. en 2023, señalan que un estilo de vida inactivo o sedentario de mayor duración puede desencadenar diversas enfermedades físicas y problemas de salud mental, como sobrepeso u obesidad, diabetes mellitus, trastornos óseos y cardiovasculares, niveles más bajos de CVRS, depresión y soledad [11].

Los estilos de vida no saludables aún persisten, debido al desconocimiento de las PAM, descuido de los familiares y poco apoyo de las instituciones sanitarias y programas sociales. Esta situación empeora la salud y el bienestar de las PAM, comprometiendo la demanda de servicios de los

establecimientos de salud. Por lo tanto, se debe fomentar la práctica de hábitos saludables, como mantener una dieta equilibrada, realizar actividades físicas para relajarse y mantener el cuerpo activo, así como buscar formas agradables de pensar al interactuar en el entorno social y comprometerse con el sistema de salud para garantizar que los servicios sean equitativos.

La adopción de estilos de vida saludables será favorable para el estado físico y mental de las PAM, permitiéndoles evitar la progresión de enfermedades crónico-degenerativas y disfrutar de una mayor CdV. Además, sentirán confort y felicidad consigo mismas, lo que reducirá la carga de cuidados para sus familias, el personal de salud y las organizaciones de apoyo. No obstante, estos cambios solo serán posibles cuando las PAM demuestren disposición para adoptar hábitos, conductas y comportamientos saludables en su vida diaria.

4.4. Calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Tabla 4. Calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

CdV	N°	%
Moderada	59	54,6
Alta	44	40,7
Baja	5	4,6
Total	**108**	**100,0**

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF-abreviado, CdV del AM

En la Tabla 4 se evidencia que, de las 108 PAM encuestadas, el 54,6% presenta CdV moderada, el 40,7% CdV alta y solo el 4,6% reporta una CdV baja.

Los resultados mencionados se relacionan con estudios previos realizados por Alarcón y Bobadilla en 2022, quienes determinaron que el 59,8% de los AM tenían una CdV de nivel medio [31]. Otros estudios similares incluyen el de Azpur et al. en 2022, quienes revelaron que el 74,2% de las PAM presentaban una CdV moderada [32]; Cerna y Tanta en 2022 hallaron que el 79% de las PAM llevaban una CdV moderada [39]. Mesa et al. en 2020 indicaron que el 35,8% tenían una CdV media [28], pero se diferencian de los resultados encontrados por Carrillo et al. en 2022, quienes evidenciaron que las PAM tenían un nivel de CdV alto (48%), medio (28,2%) y bajo (23,6%) [23]. También, Condezo y Quispe en 2022 señalaron que la CdV fue alta (45,31%), moderada (43,75%) y baja (10,94%) [33]. Por otra parte, Castro en 2019 encontró que la mayoría de las PAM tenía un nivel de CdV bueno [29].

Burga en 2020 identificó que las PAM experimentan insatisfacción respecto a sus cualidades personales y sociales. Además, tuvieron un indicador de CdV negativo, evidenciado en la reducción de los niveles de actividad física y mental, la dependencia económica y la falta de confort debido a las malas condiciones de su vivienda [19]. Por otra parte, Mesa et al. en 2020 determinaron que, después de la intervención, el nivel alto de CdV aumentó en un 19,0%, mientras que el nivel bajo disminuyó en un 8,9%. También destacaron que la familia y la sociedad cumplen un rol fundamental de protección y cuidado sobre el AM [15].

Como resultado, la CdV representa para la persona una experiencia que se desarrolla en un contexto cultural y social, asociado con los propósitos, ambiciones, valores y emociones [67]. Este indicador se evalúa en tres niveles: Baja, caracterizada por la insatisfacción del individuo debido a limitaciones y dependencia en su salud física y mental, relaciones familiares y sociales, así como del entorno. Moderada, el individuo percibe y valora que sus condiciones de vida como promedio, en relación con su salud física y mental, sus relaciones familiares y sociales, su entorno, y sus condiciones materiales y económicas. Alta, implica que el individuo percibe un buen estado de salud física, buena salud psicológica, relaciones sociales satisfactorias y un entorno favorable [69].

El MPS de Nola Pender aporta beneficios significativos sobre la CdV de las PAM mediante la implementación de acciones que mantienen o mejoran su bienestar. Además, promueve la formación de principios sólidos basados en la práctica clínica de Enfermería y posibilita la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones dirigidas a la educación, el apoyo social y el autocuidado. Esto promueve un estado de salud y bienestar integral, reflejado en el impacto positivo de la CdV de las PAM, lo que permite una mejor comprensión del fenómeno del envejecimiento saludable [44, 46].

Existen grandes problemas de salud por los que atraviesan las PAM, debido al poco interés y soporte familiar en su cuidado y bienestar, así como al desconocimiento de estilos de vida saludables. Estos factores contribuyen al deterioro del envejecimiento, al incremento de las enfermedades degenerativas y al empeoramiento de la CdV de este grupo etario vulnerable [18]. A medida que aumentan las demandas en el sistema de salud, deben implementarse intervenciones para promover un envejecimiento saludable y una mejor CdV en las PAM [43], integrando una visión de trabajo en equipo o individualizada con profesionales de la salud debidamente capacitados [14].

La CdV es un indicador que evalúa las circunstancias en las que se encuentra una persona, basándose en sus sentimientos y percepciones sobre lo que adquiere en cada etapa de su vida. La satisfacción experimentada influirá en el estado de ánimo y la motivación para alcanzar los objetivos y propósitos planteados. La modificación del nivel negativo de la CdV requiere intervención en esta variable dependiente. Para ello, es necesaria la participación de los trabajadores de salud, familiares, autoridades gubernamentales y sanitarias, así como de la sociedad civil, a fin de garantizar un trabajo en equipo efectivo para la planificación e implementación de estrategias, componentes y lineamientos que contribuyan a la mejora de la CdV de las PAM de manera saludable y digna.

4.5. Dimensiones de calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Tabla 5. Dimensiones y nivel de calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Dimensiones	Nivel de CdV	N°	%
Salud física	Moderada	46	42,6
	Baja	39	36,1
	Alta	23	21,3
Salud psicológica	Moderada	51	47,2
	Baja	34	31,5
	Alta	23	21,3
Relaciones sociales	Baja	48	44,4
	Moderada	45	41,7
	Alta	15	13,9
Ambiente	Moderada	46	42,6
	Baja	34	31,5
	Alta	28	25,9
Total		**108**	**100,0**

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF-abreviado, CdV del AM

En la Tabla 5, los resultados reportan que la CdV del AM varía según las dimensiones evaluadas, presentan un nivel moderado en salud física (62,6%), salud psicológica (47,2%) y ambiente (42,6%); difieren de estas las

relaciones sociales al obtener un nivel de CdV bajo (44,4%), moderado (41,7%) y alto (13,9%).

Estos hallazgos presentan similitud a los identificados por Azpur et al. en 2022, quienes resaltaron un predominio del nivel de CdV moderado en salud física (87,1%), salud psicológica (62,9%) y relaciones sociales (61,4%) [32]. Asimismo, Tarrillo en 2023 obtuvo resultados similares, destacando el predominio del nivel de CdV moderada en salud física (65,9%), salud psicológica (52,7%), relaciones sociales, (44,0%) y ambiente (44,0%) [30]. Por otro lado, Cerna y Tanta en 2022 encontraron que prevalece el nivel moderado de CvD en salud física (91%), relaciones sociales (79%), salud psicológica (78%) y ambiente (53%) [39].

En este contexto, de acuerdo a la OMS, la CdV se evalúa en base a cuatro dimensiones: Salud física, abarca aspectos como dolor, fatiga, necesidad de tratamientos médicos, energía, movilidad, sueño, descanso y capacidad de trabajo [69]. Salud psicológica, referida al bienestar personal, la adaptación, el disfrute de la vida y el logro de metas [72], medidos en base al estado sentimental positivo y negativo, religión, creencias y autoestima personal [69]. Las relaciones sociales, consideran las necesidades sociales y psicológicas del individuo, incluyendo el apoyo emocional, instrumental, informativo y evaluativo, además abarca su relación personal, vida sexual, apoyo e interacción con el entorno [77] [69]. Finalmente, el ambiente, valora la libertad, seguridad, ambiente físico, recursos económicos, oportunidad de información, atención sanitaria, calidad del hogar y disponibilidad de transporte [69].

Se debe incentivar a las PAM a continuar sus actividades diarias, lo que no solo puede mejorar la autoeficacia y la confianza para mantener la salud, sino también reducir el impacto negativo de la fragilidad en la CdV [24]. Frente a ello, factores como la alfabetización en salud, la autoeficacia, el apoyo social y los comportamientos que promueven la salud son

determinantes para la CdV de las PAM [27]. Es importante considerar que la salud física y mental de los AM tiende a deteriorarse con el paso de los años, como lo demuestran la presencia de las enfermedades crónicas, la aptitud funcional limitada y la depresión. En este escenario, la salud mental representa el factor más influyente en los cambios de la salud física [11].

Como se evidencia, la salud física influye significativamente en la integridad y confort del AM, el desarrollo de actividades físicas proporciona beneficios importantes para su bienestar e integridad. Por otra parte, la salud psicológica está marcada por el comportamiento y la conducta que adopta el AM. En este grupo etario, es común observar momentos de frustración y desesperanza, debido a que viven en hogares con limitaciones económicas, además de enfrentar situaciones de soledad y abandono. Así, el enfoque multidimensional permite una mejor comprensión del estado de salud y cómo las PAM adoptan comportamientos saludables, promoviendo una vejez sana, de calidad y digna en el marco de las políticas vigentes.

En la actualidad, la integración de vínculos y relaciones personales en las PAM, ha generado desafíos, dado que esta población vulnerable ha sido mayormente excluida. La interacción con su entorno incluye componentes como la seguridad en el lugar donde vive y la generación de un espacio saludable que garantice su bienestar. Es necesario proporcionar un cuidado humanizado que promueva la libre toma de decisiones personales, permitiendo así que las PAM expresen sus deseos y satisfagan sus necesidades y aspiraciones.

4.6. Estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Tabla 6. Correlación entre estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

	Estilo de vida		
	Coeficiente de correlación de Spearman (Rho)	Sig. (bilateral) (p)	N°
Calidad de vida	0,446**	0,000	108

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

Fuente: Cuestionario de estilo y calidad de vida del adulto mayor

De acuerdo a los datos presentados en la Tabla 6, mediante la correlación de Spearman, se aprecia un $\boldsymbol{p}$ de 0,000 considerándose menor a 0,05 y un Rho de 0,446, se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1), estableciendo estadísticamente la correlación positiva, directa moderada y significativamente entre el estilo de vida y CdV de las PAM que acuden al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024. Por lo tanto, a medida que mejora el estilo de vida, mayor es la CdV de las PAM; sin embargo, es importante mencionar que no se puede afirmar que exista una relación causal entre ambas variables, ya que una depende en cierto grado de la otra; por ende, al modificar los estilos de vida mediante estrategias preventivo-promocionales de salud, también se podría mejorar el nivel de CdV.

Esta relación entre variables coincide con los resultados de Tarrillo en 2023, quien identificó la relación entre la CdV y una variable adicional en PAM, con un nivel de significancia de 0,000 < 0,05 [30]; a ello respaldan las afirmaciones de Mesa et al. en 2020, quienes mencionan que, al adoptar un

estilo de vida saludable en el entorno familiar, se propicia la mejora e incremento del nivel de CdV [28], además de evitar el riesgo de enfermedades en las PAM [34, 37]; por lo cual, en estas intervenciones se destaca la relación significativa encontrada en los diferentes estudios.

4.7. Dimensiones de las variables estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Tabla 7. Correlación entre las dimensiones de las variables estilo de vida y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024

Calidad de vida		**Estilos de vida**											
Dimen-siones		**Alimentación**		**Actividad y ejercicio**		**Manejo del estrés**		**Apoyo interpersonal**		**Autorrealización**		**Responsabilidad en salud**	
	N°	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p
Salud física	108	0,314**	0,001	0,349**	0,000	0,316**	0,001	0,330**	0,000	0,363**	0,000	0,040	0,682
Salud psicoló-gica	108	0,216*	0,025	0,299**	0,002	0,335**	0,000	0,316**	0,001	0,403**	0,000	0,096	0,325
Relacio-nes sociales	108	0,340**	0,000	0,392**	0,000	0,291**	0,002	0,273**	0,004	0,334**	0,000	- 0,138	0,154
Ambiente	108	0,411**	0,000	0,416**	0,000	0,368**	0,000	0,432**	0,000	0,446**	0,000	0,030	0,756

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

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La correlación no es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Cuestionario de estilo y calidad de vida del adulto mayor

$(Rho) = Coeficiente\ de\ correlación\ de\ Spearman$ $Significancia\ estadística\ (bilateral) = p$

Según se analiza en la Tabla 8, mediante la prueba de correlación Spearman (Rho), al relacionar las dimensiones del estilo de vida con las dimensiones de CdV se observa que la dimensión alimentación guarda una relación positiva y significativa con las cuatro dimensiones de CdV, con un $Rho \geq 0{,}216$ y $p \leq 0{,}025$; de igual forma, la dimensión actividad y ejercicio con valores del $Rho \geq 0{,}299$ y $p \leq 0{,}002$; asimismo, la dimensión de manejo del estrés con un $Rho \geq 0{,}291$ y $p \leq 0{,}002$; la dimensión de apoyo interpersonal tiene un $Rho \geq 0{,}273$ y $p \leq 0{,}004$ y la dimensión de autorrealización presenta un $Rho \geq 0{,}334$ y un $p = 0{,}000$.

En general, el valor de p encontrado es < a 0,05 y un Rho entre los intervalos de 0,216 y 0,446 en relación de las primeras cinco dimensiones del estilo de vida y las cuatro dimensiones de CdV. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1). Se concluye que las variables evaluadas se correlacionan de manera directa y significativa, de ello se deduce que, a medida que mejoran la alimentación, la actividad y ejercicio, el manejo del estrés, el apoyo interpersonal y laautorrealización, mayor será la salud física, psicológica, las relaciones sociales y el ambiente del AM.

Por otra parte, al correlacionar la dimensión responsabilidad en salud con las dimensiones de salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente del AM que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024, mediante la prueba estadística de correlación Spearman, se encontró que el valor de p era > 0,05 en todos los casos; además, el Rho variaba entre - 0,138 y 0,096, por lo que, se acepta la hipótesis nula (H0), al no existir correlación significativa entre las variables evaluadas.

Según lo reportado por Carrillo et al. en 2022, la CdV y la zona geográfica se asocian estadística y significativamente (p=0,000) [23]. Por otro lado, Iraizoz et al. en 2022 demostraron que el trato familiar y la percepción de la CdV también se asocian significativamente (p<0,05) [24]. Además, Krawczyk y Kleinrok en 2022 observaron que el PCS, MCS y el ILQ tienen una relación significativa con la CVRS (p=0,001) [25]. Finalmente, Lin et

al. en 2022 determinaron una correlación positiva entre la CdV y HLSE ($p<0,01$), así como entre la CdV y DPA ($p<0,01$) [26].

Además, Lee y Oh en 2020 afirmaron que el componente físico y mental de la CVRS se relaciona positiva y significativamente con la variable apoyo social y sus dimensiones, autoeficacia y promoción de la salud, cuyos valores de correlación fueron $r \geq 0,13$ y $p \leq 0,047$ [25]. Por otro lado, Tarrillo en 2023 confirmó que la CdV y funcionalidad familiar se relacionan significativamente ($r = 0,390$, $p = 0,000$) [30]. Al igual, Condezo y Quispe en 2022 determinaron una correlación de significancia entre la funcionalidad familiar y CdV, con un valor de $r = 0,721$ y $p = 0,000$ [33].

Así también, Azpur, et al. en 2022, encontraron una relación entre dependencia física y CdV del AM, mediante correlación de Yates, obtuvieron un coeficiente de correlación de 4,03 y un valor $p = 0,048$ [32], lo que indica una asociación positiva entre estas variables. Por otra parte, Zurita en 2022 determinó que los factores biológicos se correlacionan positivamente con la promoción del estilo de vida, al obtener un Chi cuadrado de 9,760 y un valor $p = 0,003$; mientras que los factores personales biológicos (enfermedades que padecen) del AM y la promoción del estilo de vida tienen una relación positiva y significativa (Chi-cuadrado = 25,49, $p = 0,007$) [34].

Cabrera y Camacho en 2020, señalaron que el nivel del estilo de vida promotor de salud y el nivel cognitivo guardan una relación significativa mediante el estadístico Tau B de Kendall, donde la Tau B = 0,431 y el $p = 0,000$. Además, las dimensiones de alimentación y actividad y ejercicio se relacionan significativamente con el nivel cognitivo por tener una Tau B de Kendall $\geq 0,146$ y un $p \leq 0,009$ [36]. De otra parte, Pérez en 2022 encontró que la alimentación saludable se relaciona positiva y significativamente con la CdV de las PAM (Chi-cuadrado = 7,311, $p = 0,030$), al igual que la actividad física con la CdV (Chi-cuadrado = 11,145, $p = 0,028$). De tal modo, la atención y cuidados de Enfermería se deben orientar en la promoción de conductas saludables, haciendo hincapié la adopción de

hábitos alimentarios saludables y práctica de actividad física para este grupo etario [35].

Adicionalmente, Zohreh, et al. en 2023 revelaron que el apoyo social (apoyo social total, soporte emocional e informativo, instrumental y evaluativo) se relaciona positiva y significativamente con la felicidad ($rs \geq 0{,}281$, $p = 0{,}001$) para todos los campos [21]. Así también, Kaučič et al. en 2022 determinaron que los hábitos alimentarios (consumo de carne, pescado y productos pesqueros y de leche y derivados) según la localidad de residencia se asocian significativamente ($p < 0{,}001$). Las PAM que residen en un entorno institucional tienen mayor probabilidad de realizar ejercicios para mejorar el equilibrio, mientras que en el hogar consumen más alcohol. Además, se evidenció que la satisfacción de las PAM con la vida aumenta cuando mejora su estilo de vida y residen en ambientes institucionales, mostrando una asociación positiva ($p=0{,}000$) entre la satisfacción con la vida y el estilo de vida [22].

En este contexto, uno de los múltiples factores que afectan a las PAM es el descuido y poco interés de la familia en su cuidado y bienestar [18]; además, el sistema de atención en salud, no está preparado para atender a una población heterogénea de PAM ni para responder a las necesidades sociales como vivienda, seguridad alimentaria y transporte, así como al abordaje del aislamiento social, esto resulta en una alta carga de angustia física y psicológica, dependencia funcional y mala calidad de vida [8], lo que vulnera sus derechos y dignidad, impidiendo su felicidad, bienestar general e inclusión social [9].

Los resultados obtenidos en el estudio evidencian en la actualidad una problemática constante que podría afectar el bienestar de las PAM. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de implementar nuevas medidas de intervención, tanto en promoción y prevención de la salud para mejorar los

estilos de vida y la CdV de este grupo etario. Es fundamental mejorar los comportamientos y experiencias de esta población con un enfoque multidisciplinario. Actualmente, los servicios sanitarios suelen priorizar las atenciones a los usuarios que acuden con mayor frecuencia, dejando de lado el seguimiento de las PAM. Este grupo es particularmente vulnerable debido a su edad, residencia en zonas geográficamente alejadas, situación de pobreza y presencia de enfermedades comunes. Por tanto, es prioritario orientar los esfuerzos de los profesionales de Enfermería hacia cuidados más equitativos que garanticen la salud y bienestar integral de las PAM.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El perfil sociodemográfico de las PAM que acuden al establecimiento de salud de Rojaspampa, Chota, se caracteriza por la predominancia del género femenino, así como el rango de edad de 60 a 64 años, más de la mitad estaban casadas, sin educación formal y dedicadas principalmente a las labores del hogar.
- Las PAM presentaron en su mayoría un estilo de vida no saludable, en relación a su alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud, mostrando deficiencias en relación a su estado de salud.
- La CdV de las PAM se caracteriza por presentar un nivel moderado en las dimensiones de salud física, salud psicológica y ambiente, mientras que la dimensión de relaciones sociales mostró un nivel bajo, lo cual requiere del fortalecimiento y apoyo social de este grupo etario.
- Las variables estilo de vida y CdV presentan una relación directa y significativa entre sus dimensiones, a mayores niveles en el estilo de vida, mayor es el nivel de CdV reportado en las dimensiones de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, ello evidencia la importancia de promover hábitos y comportamientos saludables en el estilo de vida para contribuir a una mejor CdV en las PAM.
- La dimensión responsabilidad en salud de la variable estilo de vida, no presenta una relación significativa con las dimensiones evaluadas de la variable CdV, lo cual indica que no hay una relación clara entre las actitudes y comportamientos sobre el cuidado preventivo y la percepción de bienestar en las dimensiones de la CdV.

RECOMENDACIONES

A la Escuela Profesional de Enfermería

- Fomentar investigaciones que prioricen las necesidades y los cuidados requeridos por las PAM, una población vulnerable y excluida en las últimas décadas. Estos estudios deben generar conocimiento para el diseño e intervenciones destinadas con el cambio y mejoramiento del estilo de vida y CdV del AM.

Al personal del Puesto de Salud Rojaspampa

- Brindar un cuidado humanizado al AM, involucrarlos en talleres informativos, sesiones demostrativas y programas de beneficio personal que favorezcan entornos saludables, comprometiéndose con esta población para minimizar los múltiples riesgos que amenazan su salud integral.

A las personas adultas mayores

- Mantener una postura equilibrada en su estilo de vida, teniendo en cuenta sus costumbres, tradiciones y enseñanzas, también es importante estar en comunicación con sus familiares, amigos y comunidad, de tal modo que compartan sus experiencias, alegrías, felicidad e inquietudes, lo que contribuirá a mejorar su bienestar y CdV.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kamali M, Hossein M. Structural Relationships Between Depression, Perceived Stress, Sleep Quality, and Quality of Life: Evidence from Iranian Elderly. Thrita. [Internet]. 2020 [Consultado 27 de noviembre de 2023]; 8(2): 101115. Disponible en: doi: 10.5812/thrita.101115
2. Kumar M, Orkaby A, Tighe C, Villareal DT, Billingsley H, Nanna MG, Kwak MJ, Rohant N, Patel S, Goyal P, Hummel S, Al-Malouf C, Kolimas A, Krishnaswami A, Rich MW, Kirkpatrick J, Damluji AA, Kuchel GA, Forman DE y Alejandro KP. Life's Essential 8: Optimizing Health in Older Adults. JACC Adv [Internet]. 2023 [Consultado 27 de noviembre de 2023]; 2(7):100560. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2023.10056
3. Han Y, Xing F, Huang J. y Wang M. Associated factors of health-promoting lifestyle of the elderly based on the theory of social ecosystem. Atención Primaria [Internet]. 2023 [Consultado 27 de noviembre de 2023]; 55(9):102679. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102679
4. United Nations. World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world. [Internet] Ginebra, Suiza: United Nations; 2023 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/VVMPtd
5. Bramhankar M, Kundu S, Pandey M, Mishra NL. y Adarsh A. An assessment of self-rated life satisfaction and its correlates with physical, mental and social health status among older adults in India. Sci Rep [Internet]. 2023 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 13(1):1–13. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41598-023-36041-3
6. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Organ Mund la Salud [Internet]. 2020 [Consultado 27 de noviembre de 2023]; 1-31. Disponible en: https://acortar.link/zV8MWA
7. Lalani N, Dongjuan X, Cai Y, Arling GW. Structural equation model of coping and life satisfaction of community-dwelling older people during the COVID-19 pandemic. J Patient-Reported Outcomes [Internet]. 2023 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 7(1): 46. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s41687-023-00583-x
8. Fulmer T, Reuben DB, Auerbach J, Fick DM, Galambos C, Johnson KS. Actualizing better health and health care for older adults. Health Aff

[Internet]. 2021 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 40(2): 219–25. Disponible en: https://doi: 10.1377/hlthaff.2020.01470

9. Iwuagwu A, Okah P, Nnama-Okechukwu C, Chukwu N, Agha A, Anazonwu N, et al. Barriers to Social Inclusion among Older Adults with Disabilities in Imo State, Nigeria: A Descriptive Phenomenological Inquiry. Scand J Disabil Res [Internet]. 2023 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 25(1): 132–46. Disponible en: https://doi. org/10.16993/sjdr.997

10. Hu S, Das D. Quality of life among older adults in China and India: Does productive engagement help? Soc Sci Med [Internet]. 2019 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 229:144–53. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.028

11. Wong MYC, Ou KL, Chung PK, Chui KYK, Zhang CQ. The relationship between physical activity, physical health, and mental health among older Chinese adults: A scoping review [Internet]. 2023 [Consultado el 01 de diciembre de 2023]; 10: 914548. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.914548

12. Jazayeri E, Kazemipour S, Hosseini SR, Radfar M. Quality of life in the elderly: A community study. Casp J Intern Med [Internet]. 2023 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 14(3): 534–42. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37520884/

13. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibarrarán P, Oliveira D, Reyes M, Savedoff W. y Torres E. Envejecer en américa latina y el caribe protección social y calidad de vida de las personas mayores [Internet]. Washington: Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo; 2022 [Consultado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.18235/0004287

14. Siqueira DS, Da Silva EF. y Folador CE. Importancia de la calidad de vida en la salud del mayor. Revista Multidisciplinar em Saúde [Internet]. 2023 [Consultado el 28 de noviembre de 2023]; 5(1): 62–9. Disponible en: https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/rems/article/view/3646

15. Mesa D, Valdés BM, Espinosa Y, Verona AI, García I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, Cuba.

Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2020 [Consultado el 17 de agosto de 2022]; 36(4): 1256. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n4/1561-3038-mgi-36-04-e1256.pdf

16. Institución Nacional de Estadística e Informática. Perú. Situación de la población adulta Mayor, 2023 [Internet]. Lima, Perú: Institución Nacional de Estadística e Informática; 2023 [Consultado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://acortar.link/3Z5950
17. Vásquez RW. y Rodríguez AR. La actividad física para el desarrollo la calidad de vida de adultos mayores con diabetes TIPO II. Revista científica de la investigación y el conocimiento [Internet]. 2019 [Consultado el 30 de noviembre de 2023]; 3(1): 362-386. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796775
18. Calderon AI. Proyecto De Desarrollo Local: Promoviendo un envejecimiento Saludable en los adultos mayores – Provincia De Santa Cruz - Región Cajamarca [Internet]. Chiclayo, Perú: 2020 [Consultado el 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2549/1/TL_CalderonRojasAlfonsina.pdf
19. Burga LA. Calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor ciudad de Chota, 2017 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Nacional Autónoma de Chota, 2020 [Consultado el 23 de octubre de 2022]; Disponible en: https://repositorio.unach.edu.pe/handle/20.500.14142/122
20. Páez D, Rocha L. La realidad de los adultos mayores en Latinoamérica [Internet]. LATINAMERICAN POST; 2018 [Consultado el 19 de enero de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/6Zy2zh
21. Zohreh B, Mahnaz S, Seyed I. y Agha H. The relationship between social support and happiness in older adults referred to health centers in Zarrin Shahr, Iran. Heliyon [Internet]. 2023 [Consultado el 11 de marzo de 2024]; 9(9): e19529. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19529
22. Kaučič BM, Štemberger T. y Filej B. Conexión entre el estilo de vida y la satisfacción con la vida de los adultos mayores en relación con el entorno de vida. Revista Macedonia de Ciencias Médicas de acceso abierto [Internet]. 16 de mayo de 2022 [consultado el 17 de marzo de

2024];10(E):790-7. Disponible en: https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8973

23. Carrillo A, Sifuentes D, Yam A, Cándila J, González J, Esparza C. Calidad de vida en adultos mayores cuidadores de nietos del norte y suroeste de México. Enfermería Global [Internet]. 2022 [Consultado el 01 de agosto de 2022]; 21(2): 46-54. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/489371
24. Iraizoz AM., Santos JA., García V., Brito G., Jaramillo RM., León G., Solorzano S. y Rodríguez I. El papel de la familia en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor, Cuba. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2022 [Consultado el 5 de mayo de 2023]; 38(3): e1934. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v38n3/1561-3038-mgi-38-03-e1934.pdf
25. Krawczyk-Suszek M, Kleinrok A. Health-Related Quality of Life (HRQoL) of People over 65 Years of Age. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2022 [Consultado el 15 de julio de 2023];19(2): 625. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijerph19020625
26. Lin CH, Liu CY, Huang CC. Y Rong JR. Fragilidad y Calidad de Vida entre Adultos Mayores en Comunidades: Los Efectos de Mediación de la Actividad Física Diaria y la Autoeficacia de Vida Saludable. Geriatría. [Internet]. 2022 [Consultado el 15 de julio de 2023]; 7(6):125. Disponible en: https://doi.org/10.3390/geriatrics7060125
27. Lee MK, Oh J. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores: su asociación con la alfabetización en salud, la autoeficacia, el apoyo social y el comportamiento de promoción de la salud. Salud [Internet]. 2020 [Consultado el 15 de julio de 2023]; 8(4):407. Disponible en: https://www.mdpi.com/2227-9032/8/4/407
28. Mesa D, Valdés BM, Espinosa Y, Verona AI y García I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, Cuba. eciMED [Internet]. 2020 [Consultado el 5 de mayo de 2023]; 36(4): e1256. Disponible en: https://acortar.link/vZp5oT
29. Castro RM. Estilos y calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad Patuco, cantón Celica, en el periodo Septiembre 2018 - Agosto 2019 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Ecuador: Universidad

Nacional de Loja, 2019 [Consultado el 21 de enero de 2023]; Disponible en: https://acortar.link/Bixrqo

30. Tarrillo IN. Calidad de Vida y funcionalidad familiar de los adultos mayores del Centro de Salud Magllanal - Jaén, 2022. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Perú. Universidad Nacional de Cajamarca; 2023 [Consultado el 20 de noviembre de 2023]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.14074/6059
31. Alarcón E, Bobadilla SP. Calidad de vida del adulto mayor que acude a un Puesto de Salud en Carabayllo, 2022 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad María Auxiliadora, 2022 [Consultado el 01 de agosto de 2022]; Disponible en: https://acortar.link/yGruw6
32. Azpur AY, Calixto SF, Celadita Y. Relación Entre el Nivel de Dependencia Física y la Calidad de Vida del Adulto Mayor en Pillco Marca, Huánuco 2021. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, 2022 [Consultado el 19 de octubre de 2022]; Disponible en: https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/7150
33. Condezo YI, Quispe PF. Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca – 2022 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Continental, 2022 [Consultado el 23 de enero de 2023]; Disponible en: https://acortar.link/EI1RrU
34. Zurita CM. Promoción de Estilo De Vida Saludables y Factores Personales Biológicos del Adulto Mayor en el Asentamiento Humano las Mercedes I Etapa-Castillapiura, 2020. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, 2022 [Consultado el 19 de octubre de 2022]; Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/28806
35. Pérez AN. alimentación saludable y actividad física en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud José Olaya, Chiclayo, 2018-2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2022 [Consultado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9133
36. Cabrera EN, Camacho PA. Estilos de vida y nivel cognitivo del adulto mayor. Centro de Salud Liberación Social. [Tesis de Licenciatura]

[Internet]. Perú, Universidad Nacional de Trujillo; 2020 [Consultado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14414/15930

37. Tantaleán AM. Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, setiembre 2019 – febrero 2020 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Nacional de San Martín, 2020 [Consultado el 23 de octubre de 2022]; Disponible en: https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3866
38. Mejía RF. Calidad de vida percibida por los adultos mayores de un establecimiento de salud, Lima 2019 [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, [Consultado el 23 de octubre de 2022]. Disponible en: https://acortar.link/5vbcnM
39. Cerna G, Tanta M. Calidad de vida del adulto mayor del CIAM Cajamarca, 2021 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, 2022 [Consultado el 01 de agosto de 2022]; Disponible en: https://acortar.link/Mzlrdg
40. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión, Perú. Enfermería Universitaria [Internet]. 2011 [Consultado el 8 de agosto de 2022]; 8(4): 16-23. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf
41. Zhao J. Enfermería en una era posthumana: Hacia un ecosistema de cuidados integrado en la tecnología, Revista Internacional de Ciencias de la Enfermería [Internet]. 2023 [Consultado 28 de noviembre de 2023]; 10(3): 398-402. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.06.005
42. Chen HH, Hsieh PL. Applying the pender's health promotion model to identify the factors related to older adults' participation in community-based health promotion activities. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [Consultado el 16 de julio de 2023]; 18(19). Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijerph18199985
43. Barreto R, Pereira C, Gomes MA, Alfradique de Souza P. y Ferreira R. Modelo de promoción de envejecimiento saludable referido en la teoría Nola Pender. Enfermería [Internet]. 2022 [Consultado el 17 de julio de

2023]; 75(1): 1 - 9. Disponible en: https://www.scielo.br/j/reben/a/3q4xxH7VBQhg37bRT4ZZP3y/

44. Cardoso, R. B., Caldas, C. P., Brandão, M. A. G., Souza, P. A. de, & Santana, R. F. Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender's theory. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2021 [Consultado el 8 de agosto de 2023]. 75(1): 373. Disponible en: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373
45. Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F y Babayi S. Efecto de una intervención educativa basada en el modelo de promoción de la salud de Pender sobre la calidad de vida y la promoción de la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca: BMC Cardiovascular [Internet]. 2021 [Consultado el 8 de agosto de 2023]; 21(1): 1–13. Disponible en: https://acortar.link/HbOjU1
46. Gillsjö, C., Karlsson, S., Ståhl, F., y Eriksson, I. (2021). Influencia del estilo de vida en la salud de las personas mayores que viven en la comunidad: Un diseño de estudio de métodos mixtos. Comunicaciones sobre ensayos clínicos contemporáneos [Internet]. 2020 [Consultado el 8 de agosto de 2023]. 13(21): 100 - 687. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100687
47. Guerrero LR. y León AR. Lifestyle and Good Health. Educere [Internet]. 2010 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 14(48): 13–9. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf
48. Cavalcanti AD, Moreira RDS, Barbosa JMV. y Silva VDL. Envelhecimento Ativo E Estilo De Vida: Uma Revisão Sistemática Da Literatura. Estud Interdiscip sobre o Envelhec [Internet]. 2016 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 21(1). Disponible en: https://doi.org/10.22456/2316-2171.53402
49. García JA, Garza RI. y Cabello ML. Dimensiones de los estilos de vida saludable durante el confinamiento por COVID-19 en población mexicana. Prospect Rev Trab Soc e Interv Soc [Internet]. 2022 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 249–70. Disponible en: https://doi.org/10.25100/prts.v0i34.11671
50. Ministerio de Salud. Perú. Módulo educativo para la promoción de la alimentación y nutrición saludable dirigido al personal de salud, 2014

[Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud, 2014 [Consultado el 17 de julio de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/tmshzL

51. Govindaraju T, Sahle BW, McCaffrey TA, McNeil JJ, Owen AJ. Dietary patterns and quality of life in older adults: A systematic review. Nutrients [Internet]. 2018 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 10(8): 1–18. Disponible en: https://doi.org/10.3390/nu10080971
52. Szakos D, Ózsvári L, Kasza G. Health-related nutritional preferences of older adults: A segmentation study for functional food development. J Funct Foods [Internet]. 2022 2020 [Consultado el 27 de agosto de 2023]; 92: 105065. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jff.2022.105065
53. Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. Entornos y Estilos de Vida Saludables Guía de en Comunidades Indígenas Lencas [Internet]. Tegucigalpa, Honduras: Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud; 2016 [Consultado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: https://acortar.link/MdBehs
54. Organización Mundial de la Salud. Actividad Física [Internet]. Ginebra, Suiza: organización Mundial de la Salud; 2022 [Consultado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: https://acortar.link/cXAXa6
55. Organización Mundial de la Salud. En tiempos de estrés, haz lo que importa: Una guía ilustrada [Internet]. Ginebra, Suiza: organización Mundial de la Salud; 2022 [Consultado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: https://acortar.link/aWiPZb
56. Shrestha K, Ojha SP, Dhungana S, Shrestha S. Depression and its association with quality of life among elderly: An elderly home- cross sectional study. Neurol Psychiatry Brain Res [Internet]. 2020 [Consultado el 27 de agosto de 2023]; 38: 1-4. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.08.003
57. Rodríguez B, Tejera JF. Tratamiento del estrés en el adulto mayor. Universidad y Sociedad [Internet]. 2020 [Consultado el 20 de octubre de 2022]. 12(3), 135-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n3/2218-3620-rus-12-03-135.pdf
58. Wedgeworth M, LaRocca MA, Chaplin WF, Scogin F. El papel de la sensibilidad interpersonal, el apoyo social y la calidad de vida en adultos

mayores rurales. Geriatric Nursing [Internet]. 2017 [Consultado el 8 de agosto de 2023]; 38(1): 22-26. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.001

59. Manchana V. Relaciones interpersonales, salud subjetiva, bienestar psicológico y calidad de vida entre adultos mayores en el sur de la India: evidencia de un estudio poblacional. J Edu Health Promot [Internet]. 2023 [Consultado el 22 de septiembre de 2023]; 12:150. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_735_22
60. Wangliu Y. Does intergenerational support affect older people's social participation? An empirical study of an older Chinese population. SSM - Popul Heal [Internet]. 2023 [Consultado el 8 de agosto de 2023]; Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101368
61. Najafi M. y Baseri A. Relación del apoyo social percibido y la autorrealización con la esperanza de vida en las personas mayores en Teherán. J Educ Salud Comunitaria [Internet]. 2018 [Consultado el 15 de noviembre de 2022]; 4(4): 56-64. Disponible en: https:// doi.10.21859/jech.4.4.56
62. Kaufman SB. Personas autorrealizadas en el siglo XXI: integración con la teoría y la investigación contemporáneas sobre la personalidad y el bienestar. Revista de Psicología Humanista [Internet]. 2018 [Consultado el 15 de noviembre de 2023]; 63 (1): 51-83. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0022167818809187
63. Osorio Bayter L, Salinas Ramos F, Cajigas Romero M. Responsabilidad social y bienestar de la persona mayor. CIRIEC-España, Rev Econ pública, Soc y Coop [Internet]. 2018 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; (92): 223. Disponible en https://revistas.uv.es/index.php/ciriecespana/article/view/8959/11700
64. González-González E, Requena C. Self-care interventions of community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. Front Public Heal. 2023 [Consultado el 29 de noviembre de 2023 ;11(October):1–10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1254172
65. Visser M, Wijnhoven HAH, Comijs HC, Thomése FGCF, Twisk JWR y Deeg DJH. Un estilo de vida saludable en la vejez y cambios prospectivos en cuatro dominios de funcionamiento. Journal of Aging and Health

[Internet]. 2019 [Consultado el 11 de septiembre de 2023]; 31(7): 1297-1314. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0898264318774430

66. Wong MYC, Ou Kl, Chung PK. Comportamiento de estilo de vida saludable, establecimiento de metas y personalidad entre adultos mayores: una síntesis de revisiones de literatura y entrevistas. Geriatría [Internet]. 2022 [Consultado el 8 de agosto de 2023]; 7(6):131. Disponible en: https://doi.org/10.3390/geriatrics7060131
67. Rodríguez A, De la Fuente YM, Martín M. del C, Jiménez JJ. Calidad de vida y bienestar de los adultos mayores en residencias de ancianos: revisión sistemática. Ciencias Sociales [Internet]. 2023 [Consultado el 22 de septiembre de 2023]; 12:418. Disponible en: https://doi.org/10.3390/socsci12070418
68. Ghenţa M, Matei A, Mladen-Macovei L. y Stănescu S. Quality of Life of Older Persons: The Role and Challenges of Social Services Providers. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]; 19(14). Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijerph19148573
69. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas R. y Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores Chilenos. Rev Med Chil [Internet]. 2011 [Consultado el 29 noviembre de 2023]; 139(5): 579–86. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf
70. Ayres JS. The Biology of Physiological Health. Cell [Internet]. 2020 [Consultado el 30 de noviembre de 2023]; 181(2): 250–69. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.03.036
71. Koipysheva EA. Salud Física (Definición, Contenido Semántico, Perspectivas de Estudio). Actas europeas de Ciencias Sociales y del Comportamiento [Internet]. 2018 [Consultado el 22 de septiembre de 2023]. 12(73): 601–605. Disponible en: https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.73
72. Carranza V. El concepto de salud mental en psicología humanista–existencial. [Internet]. 2002 [Consultado el 22 de septiembre de 2023]; 1(1): 2-19. Disponible en http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf

73. Beygi Z, Solhi M, Irandoost SF, Hoseini AF. The relationship between social support and happiness in older adults referred to health centers in Zarrin Shahr, Iran. Heliyon [Internet]. 2023 [Consultado el 30 de noviembre de 2023]; 9(9):e19529. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19529
74. Cerletti P, Eze IC, Keidel D, Schaffner E, Stolz D, Gasche-Soccal PM, et al. Perceived built environment, health-related quality of life and health care utilization. PLoS One [Internet]. 2021 [Consultado el 30 de noviembre de 2023]; 16:1–15. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251251
75. Cardona JA. y Higuita LF. Applications of a WHO-designed instrument for the quality of life evaluation. Rev Cuba Salud Publica [Internet]. 2014 [Consultado el 30 de noviembre de 2023]; 40(2): 175–89. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf
76. Ministerio de Salud. Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, 2006 [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010 [Consultado el 21 de octubre de 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf
77. Establecimientos de Salud - Gobierno Regional – MINSA. Rojaspampa – Chota [Internet]. Perú, DePeru.com; 2022 [Consultado el 30 de enero de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/avgZl9
78. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. México: Graw Hill; 2017 [Consultado el 21 de octubre de 2022] Disponible en: https://www.academia.edu/24753853/Metodologia_de_la_Investigacion_Sampieri_6ta_edicion_
79. Rochi R., Paniagua R. ¿Cómo Realizar el Cálculo del Tamaño de la Muestra Online Para tu Investigación de Mercado? [Internet]. El Salvador: ROCHI; 2022 [Consultado el 30 de enero de 2023] Disponible en: https://n9.cl/76hjz6
80. Walker N, Sechrist K y Pender N. Estilos de vida II. UNMC. 1995. p 8.
81. World Health Organization. Programme on mental Health. WHOQOL. User manual. Division of mental Health and prevention of substance abuse

[Internet] Ginebra, Suiza: WHO; 1998 [Consultado el 21 de octubre de 2022]. Disponible en: https://n9.cl/dnep6

ANEXOS

Anexo 1. Carta de invitación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Profesional de Enfermería

INVITACIÓN PARA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

"Estilo y Calidad de Vida del Adulto Mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024"

Chota, …….de……..de 2024

Estimado(a) participante:

Yo, Willan Jorge Fernández Oblitas, Egresado de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota. Lo invito a participar en la investigación "Estilo y Calidad de Vida del Adulto Mayor que Acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024", cuyo objetivo es determinar la relación entre estilo y calidad de vida del adulto mayor. La participación es totalmente voluntaria, confidencial y consiste básicamente en responder las preguntas de los cuestionarios, con la mayor sinceridad, no tomará más de 10 minutos para ser completado. Su participación será importante para obtener información sobre el estilo y calidad de vida en el adulto mayor y verificar en qué condiciones se encuentra la población adulta mayor de este contexto.

Gracias por su tiempo brindado, para registrar los cuestionarios.

Atentamente,

Fernández Oblitas Willan Jorge

Autor de la investigación

wfernandezoblitas@gmail.com

Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Profesional de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:
"Estilo y Calidad de Vida del Adulto Mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024"

Objetivo de la investigación:
Determinar la relación que existe entre el estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024.

Yo……, identificado (a) con DNI N° ……., mediante la información dada por el Bachiller en Enfermería Willan Jorge Fernández Oblitas; acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota,……de…..... de 2024.

Firma

Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Profesional de Enfermería

"Estilo y calidad de vida del adulto mayor que acude al Puesto de Salud Rojaspampa, Chota 2024"

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Walker N, Sechrist K y Pender N. (1995). Adaptación: Diaz et al. (2008)

mencionado por Zurita, 2022

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es confidencial y será utilizado sólo para fines investigativos. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas y se le agradece por su participación.

A. DATOS GENERALES

a. Edad en años: ……

b. Sexo:

( ) Femenino ( ) Masculino

c. Estado Civil:

( ) Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Viudo

d. Grado de instrucción:

( ) Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior técnico

e. Ocupación: …….

B. CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Instrucciones:

a. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es su forma de vivir. Por favor, no dejar preguntas sin responder.

b. Marca con una X la letra que corresponda a la respuesta que refleje mejor su forma de vivir.

N = NUNCA **V =** A VECES **F =** FRECUENTEMENTE **S =** SIEMPRE

N°	ITEMS	CRITERIOS			
	ALIMENTACIÓN	**N**	**V**	**F**	**S**
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.				
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyen vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.				
3	Bebe de 4 a 8 vasos de agua al día.				
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.				
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.				
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO	**N**	**V**	**F**	**S**
7	Hace Ud. ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.				
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.				
	MANEJO DEL ESTRÉS	**N**	**V**	**F**	**S**
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.				
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.				
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.				
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: dormir un momento antes o después del almuerzo, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.				
	APOYO INTERPERSONAL	**N**	**V**	**F**	**S**
13	Se relaciona con los demás.				
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.				
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.				

16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.				
	AUTORREALIZACIÓN	**N**	**V**	**F**	**S**
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.				
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.				
	RESPONSABILIDAD EN SALUD	**N**	**V**	**F**	**S**
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.				
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.				
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.				
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud				
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.				
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.				
	SUBTOTAL				
	PUNTAJE TOTAL				

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

NUNCA = 1, **A VECES =** 2, **FRECUENTEMENTE =** 3, **SIEMPRE =** 4.

En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario N= 4. V=3, F=2, S=1

Puntaje máximo = 100 PUNTOS

Estilo de vida saludable: 75 a 100 puntos

Estilo de vida No saludable: 25 a 74 puntos.

RESULTADO: _____

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Autor: World Health Organization, 1998

(Adaptación: Tarrillo, 2023)

FORMATO DE CUESTIONARIO SEGÚN WHOQOL-BREF						
N°	**Pregunta**	**Puntuación**				
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
		Muy mal	Poco	Normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
N°	**Pregunta**	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
N°	**Pregunta**	Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extrema-damente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					

9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
N°	**Pregunta**	**Nada**	**Un Poco**	**Mode-rado**	**Bastante**	**Total-mente**
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
N°	**Pregunta**	**Nada**	**Un Poco**	**Mode-rado**	**Bastante**	**Total-mente**
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.						
N°	**Pregunta**	Nada	Un poco	Normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus					

	actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?					
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.						
N°	**Pregunta**	**Nada**	**Rara-mente**	**Media-namente**	**Frecuen-temente**	**Siempre**
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

Resultado final de la encuesta:	
Puntaje inferior a 48	Calidad de vida baja
Puntaje desde 48 hasta 73	Calidad de vida moderada
Puntaje mayor de 74	Calidad de vida alta

Anexo 4. Análisis de fiabilidad de los instrumentos

1. Fiabilidad del cuestionario de Estilo de vida elaborado por Walker N, Sechrist K y Pender N. (1995), modificado por Delgado et al. (2008) y adaptado en Zurita (2022).

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	108	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	108	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,828	25

2. Fiabilidad del cuestionario de Calidad de vida WHOQOL-BREF**,** Tarrillo, 2023 y World Health Organization, 1998

Resumen de procesamiento de casos

		N°	%
Casos	Válido	108	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	108	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,897	26