

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



**Calidad en la alimentación y su relación con el bienestar subjetivo de
adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz. Arequipa,
2025**

Tesis presentada por las bachilleres:

Rivera Coaguila, Rocio del Pilar

ORCID: 0009-0003-3534-687X

Quispe Toledo, Soledad Maria

ORCID: 0009-0008-0768-8115

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesor (a):

Dra. Núñez Chávez, Josefina Sonia

ORCID: 0000-0003-1131-9140

Arequipa- Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 14 de Noviembre del 2025

Dictamen: 014617-C-FENFER-2025

Visto el borrador del expediente 014617, presentado por:

2020893162 - RIVERA COAGUILA ROCIO DEL PILAR

2020190102 - QUISPE TOLEDO SOLEDAD MARIA

Titulado:

**CALIDAD EN LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR SUBJETIVO DE ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ. AREQUIPA, 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**45233261 - CUYA ZEVALLOS CARLA MADELEINE GRACIELA
DICTAMINADOR**



**29342153 - CUEVA QUISPE CELIA MARCELINA
DICTAMINADOR**



**46024663 - ARRATIA CORRALES MAYRA ALEXANDRA
DICTAMINADOR**



CALIDAD EN LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR SUBJETIVO DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ. AREQUIPA, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%	11%	2%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	6%
	Trabajo del estudiante	
2	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.autonomadeica.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	Submitted to Universidad Politécnica del Perú	1%
	Trabajo del estudiante	
5	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga	1%
	Trabajo del estudiante	
6	repositorio.utn.edu.ec	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	

DEDICATORIA

A mi mamá por enseñarme a ser valiente, y no rendirme fácilmente ante las adversidades y ser constante para alcanzar mis objetivos y a ti por ser mi apoyo incondicional en los momentos más difíciles y a Dios por que sus planes siempre son mejores que los míos y su tiempo perfecto.

Soledad Maria Quispe Toledo

Dedico este trabajo a quienes, aun sin saberlo, puedan hallar en estas páginas un beneficio o una semilla de comprensión. Les ofrezco este pequeño fruto de aprendizaje, con la esperanza de devolver cuando sea posible, una parte de todo lo que la vida tan generosamente me ha dado.

Rocio del Pilar Rivera Coaguila

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Católica de Santa María y a la Facultad de Enfermería por haberme forjado como enfermera a base de ciencia y humanidad.

A mis docentes por haberme motivado con su vocación y su constante exigencia y motivación.

Soledad Maria Quispe Toledo

Gracias a la vida y a Dios, que en su misterio son una misma luz.

Gracias Juan, Zarela, Ana y Zoë. Ustedes son la raíz que me nombra y me llama constantemente a existencia.

Gracias a ti que estuviste estos cinco años sembrando este proyecto conmigo.

Gracias a la Facultad de Enfermería de la UCSM y a sus docentes, lugar donde mi vocación germinó, creció y se convirtió en la forma y deseo de trascender en la vida.

Consciente de que en estas palabras ya conjugadas no podré enumerar a todos los que construyeron este camino conmigo, quiero hacerles llegar mi abrazo más sincero cada vez que lean esto.

Rocio del Pilar Rivera Coaguila

RESUMEN

La alimentación en los adultos mayores representa un determinante fundamental para el mantenimiento de la salud y el bienestar integral. Esta población enfrenta múltiples desafíos nutricionales que pueden comprometer tanto su estado físico como su percepción de bienestar. El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la relación entre la calidad en la alimentación y el bienestar subjetivo en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2025. **Metodología:** Investigación cuantitativa, de campo, corte transversal, de nivel descriptivo-relacional, que incluyó a 184 adultos mayores seleccionados según criterios específicos. Se utilizó como técnica la entrevista estructurada, aplicando instrumentos validados el cuestionario de hábitos alimentarios y la escala de bienestar subjetivo (EBS-20). **Resultados:** El 72.8% de adultos mayores se encuentran entre edades de 60 a 71 años, un 58.2% son mujeres, 42.9% casados, 77.2% proceden de la ciudad de Arequipa, el 37% no labora. La estructura familiar mostró una distribución equitativa entre familias nucleares y extendidas (33.7% cada una). En cuanto al estado nutricional 59.2% presenta sobrepeso, 59.2% no presenta comorbilidades crónicas, 20.1% hipertensión arterial y 17.4% diabetes mellitus tipo 2. La calidad en la alimentación en la mayoría de adultos mayores fue categorizada como no saludable (96.7%), caracterizada por deficiencias en la frecuencia de ingesta alimentaria, bajo consumo de lácteos, frutas, verduras y aceites saludables, además de alto consumo de alimentos procesados. El bienestar subjetivo presentó niveles deficientes, con 71.7% de los participantes ubicándose en categorías muy bajo y bajo. **Conclusión:** Se determinó una relación positiva débil a moderada estadísticamente significativa entre la calidad en la alimentación y el bienestar subjetivo (Tau-b de Kendall = 0.127, $p = 0.046$).

Palabras clave: Calidad en la Alimentación, Bienestar Subjetivo, Adultos Mayores.

ABSTRACT

Nutrition in older adults is a fundamental determinant for maintaining health and overall well-being. This population faces multiple nutritional challenges that can compromise both their physical condition and their perception of well-being. The present study **aimed** to determine the relationship between diet quality and subjective well-being in older adults at the Maritza Campos Díaz Health Center in Arequipa in 2025. **Methodology:** This was a quantitative, field-based, cross-sectional, descriptive-relational study that included 184 older adults selected according to specific criteria. The technique used was a structured interview, utilizing validated instruments such as the Eating Habits Questionnaire and the Subjective Well-Being Scale (EBS-20). **Results:** The demographic profile of the participants showed that 72.8% were aged 60-71 years, 58.2% were women, 42.9% were married, 77.2% were from Arequipa, and 37% were not working. Family structure was equitably distributed between nuclear and extended families, with 33.7% in each group. Regarding nutritional status, 59.2% of participants were overweight. A separate finding was that 59.2% did not have chronic comorbidities, while 20.1% had high blood pressure and 17.4% had type 2 diabetes mellitus. The diet quality of most older adults was categorized as unhealthy (96.7%). This was characterized by deficiencies in the frequency of food intake, low consumption of dairy products, fruits, vegetables, and healthy oils, and a high consumption of processed foods. Subjective well-being was found to be at poor levels, with 71.7% of participants falling into the 'very low' and 'low' categories. **Conclusion:** A statistically significant, weak-to-moderate positive relationship was found between diet quality and subjective well-being (Kendall's Tau-b = 0.127, $p = 0.046$).

Keywords: Diet Quality, Subjective Well-being, Older Adults

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I 3

PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.1. Enunciado4

1.2. Descripción del Problema.....4

1.2.1. Campo, Área y Línea4

1.2.2. Análisis u Operacionalización de las Variables4

1.2.3. Interrogantes de la Investigación.....6

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema7

1.3. Justificación del problema7

2. MARCO TEÓRICO 8

2.1. Adulto Mayor8

2.1.1. Características físicas, psicológicas y sociales.....12

2.1.2. Envejecimiento saludable.....13

2.1.3. Fragilidad en el adulto mayor.....13

2.2. Calidad en la Alimentación del Adulto Mayor.....14

2.2.1. Definición.....14

2.2.2. Características de alimentación saludable en adulto mayor.....15

2.2.3. Hábitos alimentarios saludables17

2.2.4. Frecuencia de ingesta alimentaria17

2.2.5. Estado nutricional en el adulto mayor.....19

2.2.6. Riesgos de una alimentación no saludable en el bienestar del adulto mayor.....20

2.3. Bienestar Subjetivo.....22

2.3.1. Definición.....22

2.3.2. Teorías relacionadas al bienestar subjetivo22

2.3.3. Características del bienestar subjetivo24

2.3.4. Factores condicionantes en el bienestar subjetivo del adulto mayor26

2.4.	Rol De Enfermería en el cuidado integral del Adulto Mayor.....	27
2.4.1.	Teoría de Betty Neuman sistemas.....	27
3.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	29
3.1.	A nivel internacional.....	29
3.2.	A nivel nacional.....	30
3.3.	A nivel local.....	31
4.	OBJETIVOS.....	32
5.	HIPÓTESIS.....	32
CAPÍTULO II.....		33
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....		33
1.	TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	34
1.1.	Técnica.....	34
1.2.	Instrumento:.....	34
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	35
2.1.	Ubicación espacial.....	35
2.2.	Ubicación Temporal La investigación es coyuntural para el año 2025.....	35
2.3.	Unidad de estudio.....	35
2.3.1.	Universo.....	36
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
3.1.	Organización.....	36
3.2.	Recursos.....	37
3.2.1.	Humanos.....	37
3.2.2.	Materiales.....	37
3.2.3.	Económicos.....	37
3.2.4.	Institucionales.....	37
CAPÍTULO III.....		38
RESULTADOS.....		38
CONCLUSIONES.....		65
RECOMENDACIONES.....		66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		67
ANEXOS.....		76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Adultos mayores según edad y género en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	39
Tabla 2	Adultos mayores según situación conyugal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	41
Tabla 3	Adultos mayores según lugar de procedencia en el Centro de Salud Matitza Campos Díaz, Arequipa – 2025	43
Tabla 4	Adultos mayores según situación laboral en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	45
Tabla 5	Adultos mayores según tipo de familia en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	47
Tabla 6	Adultos mayores según estado nutricional en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	49
Tabla 7	Adultos mayores según comorbilidad crónica en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	51
Tabla 8	Adultos mayores según calidad en la alimentación en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	53
Tabla 9	Adultos mayores según calidad en la alimentación por dimensión Frecuencia de ingesta de alimentos al día en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	55
Tabla 10	Adultos mayores según calidad en la alimentación saludable por Tipo y cantidad de alimentos consumidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	57
Tabla 11	Adultos mayores según promedio de consumo de frituras, Golosinas y sales el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	59
Tabla 12	Adultos mayores según calidad en la alimentación por Dimensión hidratación en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	60
Tabla 13	Adultos mayores según bienestar subjetivo en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	61

Tabla 14	Bienestar subjetivo de los adultos mayores según dimensiones en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025.....	63
Tabla 15	Relación entre calidad la alimentación y bienestar subjetivo en Adultos mayores en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz , Arequipa – 2025	64



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Adultos mayores según edad y género en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	40
Figura 2	Adultos mayores según situación conyugal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	42
Figura 3	Adultos mayores según lugar de procedencia en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	44
Figura 4	Adultos mayores según situación laboral en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	46
Figura 5	Adultos mayores según tipo de familia en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	48
Figura 6	Adultos mayores según estado nutricional en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	50
Figura 7	Adultos mayores según comorbilidad crónica en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	52
Figura 8	Adultos mayores según calidad en la alimentación en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	54
Figura 9	Adultos mayores según calidad en la alimentación por dimensión Frecuencia de ingesta de alimentos al día en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	56
Figura 10	Adultos mayores según bienestar subjetivo en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025	62

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Consentimiento Informado	77
Anexo 2	Cuestionario Calidad En La Alimentación.....	78
Anexo 3	Escala De Bienestar Subjetivo (Ebs-20).....	82
Anexo 4	Matriz De Datos.....	83
Anexo 5	Carta De Presentación Facultad De Enfermería De La Universidad Catolica De Santa María	88
Anexo 6	Dictamen Comité De Ética E Investigación De La Universidad Catolica De Santa María	89
Anexo 7	Memorandum Para Ejecución Gerencia Regional De Salud A Centro De Salud Martiza Campos Diaz	91
Anexo 8	Constancia De Ejecución.....	92

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que está transformando significativamente las estructuras demográficas mundiales. En la actualidad, la población de adultos mayores experimenta un crecimiento exponencial, pasando de aproximadamente 700 millones en 2011 a una proyección de 2 mil millones para 2050, con una tendencia marcada hacia la concentración en regiones en desarrollo, donde se espera que alrededor del 80% de estos adultos residan (1).

El proceso de envejecimiento se revela como un fenómeno complejo y altamente individualizado, determinado por una interacción dinámica de factores genéticos, ambientales y conductuales. No todas las personas envejecen de manera idéntica, existiendo variaciones significativas influenciadas por herencia genética, sexo, estilo de vida, condiciones de salud preexistentes y estado nutricional (2). Un aspecto crítico en este proceso es la nutrición, cuya calidad impacta directamente en el bienestar y la funcionalidad de los adultos mayores (3). La malnutrición, entendida como un desequilibrio nutricional que afecta la composición corporal, representa un riesgo silencioso pero devastador. Sus consecuencias pueden manifestarse mediante múltiples síntomas como fatiga, debilitamiento del sistema inmunológico, cicatrización deficiente, pérdida muscular y mayor susceptibilidad a caídas y fracturas (4).

La vulnerabilidad nutricional de los adultos mayores no responde a un factor único, sino a una compleja red de determinantes. Según el riesgo nutricional se incrementa por condiciones personales como género, edad avanzada, pérdida de apetito, problemas dentales, sintomatología depresiva, deterioro cognitivo y polifarmacia. Igualmente, importantes son los factores sociales como el aislamiento, la carencia de educación formal y la inestabilidad económica (5).

El bienestar subjetivo en esta etapa de vida se configura entonces como un equilibrio delicado entre condiciones físicas, nutricionales, psicológicas y sociales (6). La calidad de vida no depende exclusivamente de la longevidad, sino de la capacidad de mantener autonomía, funcionalidad y satisfacción personal durante el proceso de envejecimiento (7).

En el quehacer preprofesional, se logró identificar diferencias en adultos mayores que conservaban hábitos alimentarios saludables de los que no, siendo una característica común, la autopercepción sobre su satisfacción general con la vida que presentaban. Aquellos que

mantenían una dieta equilibrada reportaban una mejor calidad de vida en general. Por el contrario, aquellos con sobrepeso u obesidad mencionaban con frecuencia limitaciones físicas y problemas de sueño, lo que afectaba negativamente su percepción del envejecimiento.

Ante lo expuesto, y con el propósito de determinar la relación entre la calidad en la alimentación y el bienestar subjetivo en adultos mayores, es que se decide realizar el presente estudio, el cual presenta un diseño descriptivo-relacional, de corte transversal y de campo. Como técnica se aplicó la encuesta, como instrumentos el cuestionario de hábitos alimentarios y la escala de bienestar subjetivo (EBS-20).

La tesis presenta tres capítulos, el primer capítulo presenta el planteamiento teórico, el segundo capítulo planteamiento operacional y el tercer capítulo resultados, conclusión y recomendaciones.





CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

Calidad en la Alimentación y su Relación con el Bienestar Subjetivo de Adultos Mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz. Arequipa, 2025

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Campo, Área y Línea

CAMPO: Ciencias de la salud

ÁREA : Enfermería

LÍNEA : Salud del adulto mayor

1.2.2. Análisis u Operacionalización de las Variables

El estudio presenta dos variables:

Independiente: Calidad en la alimentación

Dependiente: Bienestar subjetivo

Características generales de adultos mayores

<p>1. Edad</p>	<p>1.1. 60 a 70 años 1.2. 71 a 80 años 1.3. 81 a más años</p>
<p>2. Género</p>	<p>2.1. Masculino 2.2. Femenino</p>
<p>3. Situación conyugal</p>	<p>3.1. Soltero (a) 3.2. Casado (a) 3.3. Conviviente 3.4. Separado /Divorciado (a) 3.5. Viudo (a)</p>
<p>4. Lugar de procedencia</p>	<p>4.1. Arequipa 4.2. Moquegua 4.3. Tacna 4.4. Otros</p>
<p>5. Situación laboral</p>	<p>5.1. No labora 5.2. Trabajo independiente 5.3. Trabajo dependiente 5.4. Jubilado</p>
<p>6. Tipo de familia</p>	<p>6.1 Monoparental 6.2 Nuclear 6.3. Extendida 6.4. Ampliada</p>
<p>7. Estado nutricional</p>	<p>7.1 Delgadez 7.2. Normal 7.3. Obesidad 7.4. Sobrepeso</p>
<p>8. Comorbilidad crónica</p>	<p>8.1. Diabetes mellitus tipo 2 8.2. Hipertensión arterial 8.3. Enfermedad renal crónica 8.4. Otras</p>

Fuente: Elaboración propia

VARIABLE	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Variable Independiente: Calidad en la alimentación	1. Características de hábitos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> - Saludable: 9-14 puntos - No saludable: Menos de 9 puntos
	2. Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de ingesta de alimentos al día - Tipo de alimentos consumidos - Cantidad de alimentos consumidos - Hidratación
Variable Dependiente: Bienestar subjetivo	1. Escala de Bienestar subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Muy bajo: Menos de 65 puntos - Bajo: 66-75 puntos - Medio: 76-89 puntos - Alto: 90-99 puntos - Muy alto: 100 a más puntos
	2. Satisfacción con la vida	<ul style="list-style-type: none"> - Sentirse bien - Autoestima percibida
	3. Afecto positivo	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo percibido - Experiencias positivas

Fuente: Elaboración propia

1.2.3. Interrogantes de la Investigación

1. ¿Cómo se presenta la calidad en la alimentación en los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz?
2. ¿Cuál es el nivel de bienestar subjetivo en los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz?
3. ¿Existe relación entre la calidad en la alimentación y bienestar subjetivo en los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

Tipo: De campo, corte transversal

Nivel: Descriptivo- Relacional

1.3. Justificación del problema

A nivel global, la población adulta mayor está en constante aumento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021, aproximadamente el 9,54% de la población mundial tenía 65 años o más (1), lo que equivale a alrededor de 747 millones de personas. Se prevé que para 2050, este porcentaje se duplique, alcanzando aproximadamente el 22% de la población mundial, lo que significará cerca de 2.1 mil millones de personas mayores de 60 años (8).

En el contexto de Perú, el envejecimiento de la población también es notable. Actualmente, se estima que alrededor del 10% de la población peruana tiene más de 65 años. Este porcentaje se proyecta que aumentará considerablemente en las próximas décadas, con estimaciones que indican que cerca del 18,9% de la población estará conformada por adultos mayores para el año 2050 (8).

En este sentido, la nutrición se posiciona como un elemento crucial para asegurar un envejecimiento saludable. Sin embargo, muchos adultos mayores adoptan patrones alimentarios poco saludables, que a menudo se traducen en sobrepeso y obesidad. Esta situación no solo incrementa la prevalencia de enfermedades no transmisibles y cardiovasculares, sino que también puede dar lugar a problemas adicionales como debilidad muscular, fatiga, deterioro cognitivo y depresión. Estos factores, a su vez, afectan significativamente la calidad de vida de este grupo etario, subrayando la necesidad de promover hábitos alimentarios más saludables y un enfoque integral en el cuidado de la salud de los adultos mayores (9).

Ante lo expuesto, las investigadoras deciden realizar el presente estudio, el cual busca determinar la relación entre la calidad en la alimentación y el bienestar subjetivo en adultos mayores de la ciudad de Arequipa.

La presente investigación es **relevante científicamente** dado que, aportará conocimientos actuales y coyunturales a la ciencia de Enfermería, específicamente al

cuidado del adulto mayor. El desarrollo del presente trabajo servirá de aporte investigativo para otras investigaciones que sigan la línea investigativa en gerontología.

El trabajo de investigación tiene una notable **relevancia social**, ya que se propone determinar la relación entre la calidad en la alimentación y el bienestar subjetivo de los adultos mayores. Esta investigación contribuirá al fortalecimiento de estrategias preventivas integrales desde etapas tempranas de la vida, destacando la importancia de una alimentación adecuada en los procesos mentales, afectivos y cognitivos de las personas. Al establecer esta conexión, se espera fomentar un enfoque más holístico en el cuidado de la salud que beneficie tanto a los individuos como a la sociedad en su conjunto.

Presenta **relevancia humana**, dado que al conocer cómo la calidad en la alimentación se relaciona con el bienestar subjetivo del adulto mayor, se podrán diseñar programas más efectivos que apoyen al bienestar integral y mejoren la calidad de vida de este grupo etario. **Es viable y factible**, dado que las investigadoras cuentan con la autorización y recursos necesarios para poder desarrollarlo.

La motivación para el desarrollo de la presente investigación surge por el deseo de superación personal, dado que, las investigadoras podrán optar por el título de Licenciadas en Enfermería.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ADULTO MAYOR

El envejecimiento es un proceso complejo y multidimensional que involucra transformaciones físicas, psicológicas y sociales (10).

A continuación, se desarrollará su definición según el aporte de diferentes teorías que contemplan la conceptualización del proceso de envejecimiento. Desde el punto de vista del enfoque de la teoría biológica se postula que el envejecimiento es resultado del desgaste celular progresivo y la acumulación de daños en el material genético (10).

Los principales mecanismos incluyen acortamiento de los telómeros, disminución de la capacidad de reparación del ADN, alteraciones en los procesos metabólicos.

La teoría inmunológica, en el contexto del envejecimiento, se centra en el deterioro del sistema inmunológico a medida que las personas envejecen, un fenómeno conocido como inmunosenescencia (10). Este proceso implica una serie de cambios que afectan tanto la inmunidad innata como la adaptativa, reduciendo la capacidad del organismo para defenderse contra infecciones, enfermedades autoinmunes y alteraciones celulares, incluyendo el cáncer.

A medida que las personas envejecen, el sistema inmunitario experimenta una pérdida de funcionalidad en varias áreas clave. En primer lugar, hay una disminución en la producción y eficacia de linfocitos T, que son esenciales para la respuesta inmune adaptativa. Estos linfocitos son responsables de reconocer y recordar antígenos específicos; sin embargo, con la edad, su capacidad para responder a nuevos antígenos se ve comprometida. Esto se traduce en una respuesta más lenta y menos efectiva a infecciones y vacunas (11). La involución del timo, donde se producen los linfocitos T, es un factor importante en este deterioro, ya que su tamaño y funcionalidad disminuyen con la edad. El número de macrófagos y otros fagocitos también se ve afectado. Aunque su cantidad puede no disminuir significativamente, su funcionalidad se reduce, lo que significa que tardan más en eliminar patógenos y células dañinas del organismo. Esta disminución en la eficiencia puede contribuir a un mayor riesgo de infecciones y enfermedades crónicas entre los adultos mayores (12).

La producción de anticuerpos también se ve afectada. Aunque los niveles generales de inmunoglobulinas pueden permanecer estables con la edad, la afinidad de estos anticuerpos por los antígenos disminuye. Esto significa que, aunque el cuerpo puede producir anticuerpos en respuesta a una infección o vacuna, estos pueden no ser tan efectivos como lo eran en etapas más jóvenes de la vida. Como resultado, las vacunas tienden a ser menos efectivas en los adultos mayores, lo que aumenta su susceptibilidad a enfermedades como la gripe y la neumonía (13).

La teoría de la desvinculación, desarrollada por Elaine Cumming y Warren Henry en 1961, propone que el envejecimiento implica un distanciamiento gradual de los roles sociales y las relaciones interpersonales, un proceso que se considera natural y adaptativo (10). Según esta teoría, a medida que las personas envejecen, tienden a retirarse de sus actividades laborales, sociales y comunitarias, lo que resulta en una disminución de la participación en la vida social. Este proceso de desvinculación no solo es visto como una respuesta a la pérdida de capacidades físicas y mentales, sino también como una forma de preparar tanto al individuo como a la sociedad para la eventual muerte. La teoría sostiene que este desapego puede ser beneficioso, ya que permite a los adultos mayores concentrarse en relaciones más significativas y en actividades que les proporcionen satisfacción personal (14).

El modelo de Cumming y Henry sugiere que el distanciamiento social es un fenómeno influenciado por factores internos y externos. Internamente, los adultos mayores pueden experimentar cambios en sus prioridades, intereses y capacidades, lo que puede llevarlos a reevaluar su participación en actividades sociales. Externamente, la sociedad también tiene expectativas cambiantes sobre el papel de los ancianos, a menudo promoviendo la idea de que es natural que se retiren. Aunque esta teoría ha sido criticada por promover una visión negativa del envejecimiento, sugiere que el proceso de desvinculación puede ofrecer oportunidades para el autoconocimiento y el desarrollo personal en esta etapa de la vida (15).

A pesar de su enfoque en el desapego social como un proceso natural del envejecimiento, la teoría ha sido objeto de críticas por su tendencia a desestimar las necesidades sociales y emocionales de los adultos mayores. Muchos estudios posteriores han demostrado que mantener conexiones sociales activas es crucial para el bienestar subjetivo y la calidad de vida en la vejez (16). La teoría de la actividad, por ejemplo, argumenta que una mayor participación social está asociada con niveles más altos de satisfacción y bienestar.

La teoría de la actividad, formulada por Robert J. Havighurst en la década de 1960, sostiene que la participación continua en actividades sociales y roles significativos es fundamental para el bienestar y la satisfacción en la vejez (10). A diferencia de la teoría de la desvinculación, que propone que el envejecimiento conlleva

un retiro natural de las interacciones sociales, la teoría de la actividad argumenta que mantener un estilo de vida activo es crucial para lograr un envejecimiento exitoso. Havighurst sugiere que los adultos mayores que se involucran en actividades significativas ya sean laborales, recreativas o comunitarias, experimentan una mayor satisfacción con la vida y una mejor salud mental. Este enfoque resalta la importancia de sustituir los roles perdidos tras la jubilación con nuevas oportunidades que fomenten el compromiso social y emocional (17).

Uno de los aspectos clave de esta teoría es su énfasis en el impacto positivo que tiene la actividad física, mental y social en la salud general del adulto mayor. La participación activa no solo ayuda a prevenir el aislamiento social, sino que también contribuye a mantener las capacidades cognitivas y físicas (18). Estudios han demostrado que los adultos mayores que se mantienen activos tienden a tener una mejor calidad de vida, menor incidencia de depresión y ansiedad, y una mayor longevidad. Además, el compromiso con actividades significativas proporciona un sentido de propósito y pertenencia, elementos esenciales para el bienestar emocional (19). En este sentido, fomentar la actividad no solo beneficia al individuo, sino que también tiene un impacto positivo en su entorno social y familiar.

La teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson identifica la etapa de integridad del yo versus desesperación como fundamental en la última fase de la vida, donde el adulto mayor busca dar sentido a su existencia. Esta etapa, que se presenta típicamente en la vejez, se centra en la reflexión sobre la vida vivida y en la evaluación de los logros y fracasos personales (20). Erikson sostiene que, al llegar a esta etapa, los individuos enfrentan el desafío de aceptar su vida tal como ha sido y encontrar un sentido de satisfacción en sus experiencias. Aquellos que logran una integración positiva de su vida tienden a experimentar un sentido de integridad, lo que les permite enfrentar la muerte con una sensación de paz y aceptación (20).

Por otro lado, aquellos que no logran alcanzar esta integridad pueden caer en la desesperación, sintiendo que han desperdiciado su vida o que no han alcanzado sus metas. Este sentimiento puede estar acompañado de remordimientos y una profunda tristeza por las oportunidades perdidas. La desesperación puede manifestarse en síntomas de ansiedad y depresión, afectando negativamente el bienestar emocional del

individuo. La forma en que los adultos mayores manejan esta etapa puede influir significativamente en su salud mental y emocional, así como en su calidad de vida general (21).

La teoría también subraya la importancia del apoyo social y las relaciones interpersonales durante esta etapa. Las conexiones significativas con familiares, amigos y cuidadores pueden proporcionar un sentido de pertenencia y apoyo emocional que es crucial para ayudar a los adultos mayores a reflexionar sobre sus vidas de manera positiva (22).

2.1.1. Características físicas, psicológicas y sociales

Desde una perspectiva física, el envejecimiento se caracteriza por una serie de transformaciones en el organismo. La masa muscular tiende a disminuir, un fenómeno conocido como sarcopenia, que puede resultar en una reducción de la fuerza y la movilidad. Además, los huesos se vuelven menos densos, lo que incrementa el riesgo de fracturas y caídas. Los cambios en el sistema cardiovascular, como el engrosamiento de las paredes arteriales y la disminución del flujo sanguíneo, también son comunes. Estos cambios fisiológicos pueden llevar a un deterioro funcional que afecta la capacidad de realizar actividades diarias y, en consecuencia, impacta la independencia del individuo (7).

Desde el punto de vista psicológico, el envejecimiento puede estar asociado con una variedad de desafíos emocionales y cognitivos. La disminución de la función cognitiva, que incluye problemas con la memoria y la atención, puede afectar la capacidad de los adultos mayores para manejar su vida diaria. Asimismo, las condiciones como la depresión y la ansiedad son prevalentes en esta población, a menudo exacerbadas por factores como el aislamiento social y la pérdida de seres queridos (23). La salud mental es fundamental para un envejecimiento saludable; por lo tanto, es crucial abordar estos aspectos mediante intervenciones adecuadas que promuevan el bienestar emocional.

En el ámbito social, el envejecimiento trae consigo cambios significativos en las relaciones interpersonales y en el entorno comunitario. La jubilación puede resultar en

una pérdida de identidad laboral y propósito, lo que puede llevar a sentimientos de soledad o inutilidad (24). Además, el apoyo social es un factor determinante en la calidad de vida de los adultos mayores; aquellos con redes sociales sólidas tienden a experimentar un mejor bienestar general. Las características del entorno físico y social donde viven las personas mayores también juegan un papel crucial en su salud; un vecindario seguro y accesible puede facilitar la actividad física y la interacción social (25).

2.1.2. Envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable es un concepto integral que abarca no solo la ausencia de enfermedades, sino también el mantenimiento de un bienestar físico, mental y social a medida que las personas envejecen (17). Este enfoque reconoce que el proceso de envejecimiento es multifacético y que diversos factores, como la genética, el entorno, el estilo de vida y la calidad de la atención médica, influyen en cómo los individuos experimentan esta etapa de la vida. Promover un envejecimiento saludable implica fomentar hábitos que contribuyan a una mejor calidad de vida, tales como una alimentación equilibrada, la actividad física regular, el manejo del estrés y la participación social activa.

La alimentación juega un papel crucial en el envejecimiento saludable. Una dieta rica en nutrientes puede ayudar a prevenir enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, que son comunes en la población adulta mayor (11). Además, una nutrición adecuada es fundamental para mantener la masa muscular, la función cognitiva y el bienestar emocional. Estudios han demostrado que los adultos mayores que siguen patrones alimentarios saludables tienden a reportar niveles más altos de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (2).

2.1.3. Fragilidad en el adulto mayor

Los adultos mayores pueden clasificarse en tres tipos principales según su capacidad funcional y nivel de dependencia: independientes, frágiles y dependientes (12). Los adultos mayores independientes mantienen autonomía para realizar las

actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, presentando una adecuada reserva funcional y sin limitaciones significativas.

En contraste, los adultos mayores frágiles constituyen un grupo vulnerable caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica y funcional, lo que los hace más propensos a sufrir eventos adversos como caídas, hospitalizaciones o deterioro cognitivo (26). La fragilidad, es un síndrome geriátrico previo a la dependencia funcional, que puede ser identificado. Este estado es potencialmente reversible con intervenciones multidimensionales y es un predictor importante de riesgo de dependencia, institucionalización y mortalidad (27).

Los adultos mayores dependientes requieren ayuda o supervisión para realizar actividades cotidianas debido a limitaciones físicas, cognitivas o sociales, lo que incrementa la necesidad de cuidados especializados. La valoración integral de la capacidad funcional, que incluye aspectos físicos, cognitivos y sociales, es esencial para clasificar adecuadamente a los adultos mayores y diseñar intervenciones personalizadas que promuevan su bienestar y autonomía (28).

2.2. CALIDAD EN LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

2.2.1. Definición

La calidad en la alimentación del adulto mayor se refiere a la capacidad de una dieta para satisfacer las necesidades nutricionales específicas de esta población, promoviendo así un estado de salud óptimo y un envejecimiento saludable (29). A medida que las personas envejecen, sus requerimientos nutricionales cambian debido a diversos factores fisiológicos, metabólicos y sociales. Por lo tanto, es fundamental que la alimentación de los adultos mayores sea equilibrada y variada, asegurando el aporte adecuado de nutrientes esenciales como proteínas, vitaminas y minerales (2).

Una dieta de calidad para los adultos mayores puede incluir una cantidad suficiente de frutas y verduras, que son ricas en antioxidantes y fibra, contribuyendo a la salud digestiva y al fortalecimiento del sistema inmunológico. Además, es importante que se reduzcan los alimentos con alto contenido de azúcares simples y grasas

saturadas, que pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. La inclusión de proteínas magras es esencial para contrarrestar la pérdida muscular asociada con el envejecimiento, mientras que una adecuada hidratación también juega un papel crucial en el mantenimiento de la salud general (30).

Los índices de calidad de la dieta son herramientas útiles para evaluar la alimentación en este grupo etario. Estos índices permiten clasificar la calidad de la dieta en categorías que van desde "saludable" hasta "necesita cambios", facilitando así el diseño de intervenciones nutricionales personalizadas. La adherencia a una dieta saludable no solo impacta en el estado físico del adulto mayor, sino que también está relacionada con su bienestar psicológico y social. Un estado nutricional deficiente puede llevar a un aumento en la morbilidad, estancias hospitalarias prolongadas y un mayor uso de recursos sanitarios (31).

Es importante considerar también el contexto social y ambiental en el que se alimentan los adultos mayores. La disponibilidad de alimentos saludables, el apoyo social en la preparación de comidas y la educación nutricional son factores determinantes que influyen en sus hábitos alimentarios (11).

2.2.2. Características de alimentación saludable en adulto mayor

Una alimentación saludable debe ser variada, equilibrada y adaptada a las necesidades específicas de esta población. Entre las características clave de una dieta adecuada para los adultos mayores se incluyen la inclusión de alimentos ricos en nutrientes que aporten la energía necesaria sin exceder en calorías. Esto es esencial, ya que, aunque el metabolismo tiende a ralentizarse con la edad, las necesidades nutricionales permanecen altas (32).

Una dieta saludable debe consistir en una amplia variedad de alimentos, priorizando aquellos que son bajos en grasas saturadas y trans, así como en azúcares añadidos. Es recomendable consumir frutas y verduras en abundancia, ya que son ricas en vitaminas, minerales y fibra, lo que contribuye a la salud digestiva y al

fortalecimiento del sistema inmunológico. Se sugiere un consumo diario de al menos cinco porciones de frutas y verduras, preferiblemente de diferentes colores para maximizar la ingesta de nutrientes (33).

Los cereales integrales deben ser la base de la alimentación, proporcionando fibra esencial que ayuda a regular el tránsito intestinal y controlar los niveles de glucosa y colesterol en sangre. Se recomienda que al menos la mitad de los cereales consumidos sean integrales. Además, la ingesta adecuada de proteínas es crucial; se aconseja que las proteínas representen entre el 10% y el 15% del total calórico diario, con un equilibrio entre fuentes animales y vegetales (32).

Es importante también asegurar una adecuada hidratación, recomendándose un consumo diario de aproximadamente dos litros de líquidos, preferiblemente agua, aunque se pueden incluir sopas y zumos naturales. Los lácteos son otra fuente importante de nutrientes; se deben consumir al menos tres porciones diarias para garantizar un aporte adecuado de calcio y vitamina D, esenciales para mantener la salud ósea (32).

Los adultos mayores pueden experimentar cambios en el sentido del gusto y del olfato, por lo que ofrecer comidas atractivas y sabrosas puede estimular el apetito y facilitar una mejor ingesta nutricional (1).

Según el Instituto Nacional de Salud (32) los alimentos que debe consumir el adulto mayor son:

Grupo de alimentos	Cantidad	Ejemplo
Cereales	5 a 6 porciones al día	1 ½ unidad de pan francés 7 cucharadas de arroz 1/2 plato de fideos 9 unidades de galleta de soda ¾ de taza de quinua 1 unidad mediana de papa, camote amarillo 1 rodaja pequeña de yuca blanca 8 cucharadas de lentejas chicas cocidas ¾ taza de frijoles

Verduras	3 porciones al día	1 unidad mediana de tomate 10 arbolitos de brócoli 2/3 de taza de vainitas 1 unidad pequeña de zanahoria 1 trozo pequeño de zapallo
Frutas	4 porciones por día	1 unidad mediana de mandarina, melocotón, tuna, tumbo, cocona 1 unidad pequeña de naranja, mango, manzana ½ unidad de plátano isla o seda 10 unidades de uva 1 tajada pequeña de papaya 1 rodaja pequeña de piña
Lácteos	2-3 porciones por día	1/3 de leche evaporada descremada (en 1 taza) 3/4 de vaso de leche fresca, yogur 1 tajada mediana de queso fresco, mantecoso
Carnes	3-4 porciones por día	2 unidades pequeñas de huevo de gallina ½ filete mediano de cerdo pulpa 4 cucharadas llenas de conserva de pescado de atún 1 filete mediano de hígado de res ½ filete mediano de pescado fresco ½ filete mediano de pollo, carne pulpa ½ taza de sangre cocida de pollo
Azúcares	5 porciones	1 cucharadita de azúcar 1 cucharadita de miel 2 cucharaditas de mermelada de fresa
Grasas	3-4 porciones por día	2 cucharadas de aceite vegetal 1 cucharada de mantequilla 5 unidades de nueces

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS). “Porciones Recomendadas – Adultos Mayores”.

2.2.3. Hábitos alimentarios saludables

Para lograr una dieta equilibrada y nutritiva, es esencial considerar varios aspectos, como la frecuencia de ingesta alimentaria, los tipos de alimentos consumidos, la cantidad adecuada de alimentos y la hidratación.

2.2.4. Frecuencia de ingesta alimentaria

La frecuencia de ingesta alimentaria es un factor clave en la alimentación del adulto mayor. Se recomienda que estos individuos realicen varias comidas

pequeñas a lo largo del día en lugar de pocas comidas copiosas. Esta práctica no solo ayuda a mantener estables los niveles de energía y glucosa en sangre, sino que también facilita una mejor digestión y absorción de nutrientes. Generalmente, se sugiere realizar tres comidas principales y dos o tres refrigerios saludables entre ellas. Esto es especialmente importante para aquellos que pueden experimentar pérdida de apetito o dificultades para consumir grandes cantidades de alimentos en una sola ocasión (32).

A. Tipos de alimentos en dieta balanceada

En cuanto a los tipos de alimentos en una dieta balanceada, es crucial incluir una variedad de grupos alimenticios. Una alimentación saludable debe consistir en abundantes frutas y verduras, que aportan vitaminas, minerales y fibra. Los cereales integrales deben ser la base de la dieta, proporcionando energía sostenida y contribuyendo a la salud digestiva. Las fuentes de proteínas deben incluir tanto opciones animales (como carnes magras, pescado y huevos) como vegetales (como legumbres, nueces y semillas), asegurando así un perfil nutricional completo. También es importante incluir lácteos o alternativas fortificadas para garantizar un adecuado aporte de calcio y vitamina D(32).

B. Cantidad de alimentos en la dieta del adulto mayor

La cantidad de alimentos consumidos debe ajustarse a las necesidades individuales del adulto mayor, teniendo en cuenta factores como el nivel de actividad física, el estado de salud general y las condiciones metabólicas. Aunque el metabolismo tiende a disminuir con la edad, es vital que la ingesta calórica sea suficiente para mantener un peso saludable y prevenir la desnutrición. Las porciones deben ser adecuadas y adaptadas a las capacidades físicas del individuo; por ejemplo, algunas personas pueden necesitar más calorías si son muy activas o menos si tienen movilidad reducida(11).

C. Hidratación

La hidratación es un aspecto esencial que a menudo se pasa por alto en la alimentación del adulto mayor. La capacidad del cuerpo para regular el

equilibrio hídrico puede verse afectada con la edad, lo que aumenta el riesgo de deshidratación. Se recomienda que los adultos mayores consuman al menos dos litros de líquidos al día, priorizando el agua como fuente principal. También se pueden incluir caldos, infusiones y zumos naturales. Es importante recordar que algunos alimentos, como frutas y verduras, también contribuyen a la ingesta total de líquidos (32).

2.2.5. Estado nutricional en el adulto mayor

El estado nutricional influye en la salud y calidad de vida (22). Este estado se refiere al equilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades del organismo, y puede verse afectado por diversos factores, incluidos cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento, enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas y el acceso a alimentos saludables. A medida que las personas envejecen, experimentan alteraciones en la composición corporal, como un aumento de la masa grasa y una disminución de la masa muscular, lo que puede llevar a un mayor riesgo de desnutrición o sobrepeso (30).

Según las guías de nutrición para gerontología, se recomienda que los adultos mayores consuman entre 30 y 35 Kcal por kilogramo de peso corporal al día para mantener su peso. El requerimiento calórico diario sería aproximadamente 2,100 a 2,450 Kcal (32).

Además, la distribución de macronutrientes es importante: se recomienda que los carbohidratos representen entre el 50% y el 60% del total calórico diario, las proteínas entre el 20% y el 25%, y las grasas alrededor del 25%. Es esencial que los adultos mayores consuman proteínas de alta calidad para ayudar a preservar la masa muscular y mejorar la recuperación ante enfermedades (32).

Según el Instituto Nacional de Salud del MINSA (32), cuya publicación refiere del 2013, indica que el requerimiento de energía por día en el adulto mayor, basado en una dieta de 1950 Kcal, se distribuiría de la siguiente manera:

Tiempo de comida	Distribución porcentual	Kcal
Desayuno	20%	390
Media Mañana	-	-
Almuerzo	40%	780
Media Tarde	10%	195
Cena	30%	585
Total	100%	1950

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS) – Ministerio de Salud del Perú (MINSA).

La obesidad en el adulto mayor es una preocupación creciente debido a sus implicaciones para la salud. Se define como un exceso de grasa corporal que puede afectar negativamente la salud general. La obesidad está asociada con un mayor riesgo de enfermedades metabólicas, como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares (34). Estos problemas son particularmente preocupantes en la población mayor, ya que pueden exacerbar condiciones preexistentes y limitar la capacidad funcional del individuo. Además, la obesidad puede contribuir a una disminución en la calidad de vida al afectar la movilidad y aumentar el riesgo de caídas (35).

Las enfermedades metabólicas son condiciones crónicas que afectan el metabolismo del cuerpo. En los adultos mayores, estas enfermedades pueden incluir no solo la diabetes y la hipertensión, sino también dislipidemias (niveles anormales de lípidos en sangre) y síndrome metabólico. El síndrome metabólico es un conjunto de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades cardíacas y diabetes. Se caracteriza por la presencia de obesidad abdominal, resistencia a la insulina, hipertensión arterial y alteraciones en los niveles de colesterol. La identificación temprana y el manejo adecuado de estas condiciones son esenciales para mejorar el pronóstico y calidad de vida en esta población.

2.2.6. Riesgos de una alimentación no saludable en el bienestar del adulto mayor

Una alimentación no saludable en el adulto mayor puede tener graves repercusiones en su bienestar general, afectando tanto su salud física como mental. A medida que las personas envejecen, su organismo experimenta cambios que aumentan la vulnerabilidad a diversas enfermedades, y una dieta inadecuada puede agravar esta situación. La malnutrición, que puede manifestarse como desnutrición o sobrepeso, es un riesgo significativo para esta población (2).

Uno de los principales riesgos asociados con una alimentación no saludable es la desnutrición, que puede resultar de una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales. Esto puede provocar una serie de problemas de salud, como debilidad muscular, pérdida de masa ósea, un sistema inmunitario debilitado y una mala recuperación de heridas. La desnutrición también está relacionada con un mayor riesgo de infecciones y complicaciones en enfermedades crónicas preexistentes, lo que puede llevar a un aumento en la morbilidad y mortalidad en este grupo etario (2). Además, la falta de nutrientes adecuados puede contribuir a problemas cognitivos, como el deterioro de la memoria y un mayor riesgo de demencia (36).

Por otro lado, el sobrepeso y la obesidad son también consecuencias comunes de una alimentación inadecuada. A medida que disminuye la actividad física y se produce un descenso en el metabolismo basal, muchos adultos mayores tienden a ganar peso. La obesidad no solo aumenta el riesgo de enfermedades metabólicas como la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, sino que también puede tener implicaciones psicológicas y sociales, afectando la autoestima y la calidad de vida (37). La relación entre obesidad y enfermedades crónicas es particularmente preocupante, ya que estas condiciones pueden exacerbarse mutuamente, creando un ciclo perjudicial para la salud del adulto mayor.

Además, los hábitos alimentarios poco saludables pueden contribuir a una serie de enfermedades metabólicas. Un alto consumo de azúcares añadidos, grasas saturadas y sal está asociado con un mayor riesgo de hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares (38). La falta de frutas y verduras en la dieta se ha vinculado con un aumento en la incidencia de varios tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares (38).

2.3. BIENESTAR SUBJETIVO

2.3.1. Definición

El bienestar subjetivo es un concepto que se refiere a la percepción individual de la calidad de vida y la satisfacción personal. Este término abarca una serie de dimensiones que incluyen la evaluación emocional de la vida, el sentido de felicidad, y la satisfacción con diferentes aspectos de la existencia, como las relaciones interpersonales, el trabajo, la salud y el entorno social. A diferencia de las medidas objetivas de bienestar, que pueden incluir indicadores económicos o de salud, el bienestar subjetivo se centra en cómo las personas se sienten y evalúan su propia vida (39).

En el contexto del envejecimiento, el bienestar subjetivo adquiere una importancia particular. A medida que las personas envejecen, enfrentan diversos cambios y desafíos que pueden afectar su percepción de bienestar. Factores como la pérdida de seres queridos, problemas de salud, aislamiento social y cambios en las capacidades físicas pueden influir negativamente en su satisfacción vital. Sin embargo, muchos adultos mayores también experimentan un aumento en su bienestar subjetivo debido a una mayor apreciación de la vida, relaciones significativas y un sentido renovado de propósito (40).

El bienestar subjetivo está estrechamente relacionado con otros aspectos de la salud. Un alto nivel de satisfacción con la vida se ha asociado con mejores resultados en salud física y mental. Las personas que reportan un mayor bienestar subjetivo tienden a tener un sistema inmunológico más robusto, menos síntomas de depresión y ansiedad, y una mayor longevidad. Esto resalta la importancia de abordar no solo las necesidades físicas de los adultos mayores, sino también sus necesidades emocionales y sociales (25).

2.3.2. Teorías relacionadas al bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo es un constructo que ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas, especialmente en la psicología, y se refiere a la evaluación que las personas

hacen sobre su propia vida, incluyendo sus emociones y satisfacción general. Existen varias teorías que intentan explicar este fenómeno, cada una aportando diferentes perspectivas sobre los factores que influyen en el bienestar subjetivo (41).

Una de las teorías más influyentes es la propuesta por Ed Diener, quien identifica tres componentes principales del bienestar subjetivo: el afecto positivo, el afecto negativo y la satisfacción con la vida (42). El afecto positivo se refiere a las emociones agradables y placenteras que una persona experimenta con frecuencia, mientras que el afecto negativo abarca emociones desagradables como la tristeza o la ansiedad (43). La satisfacción con la vida implica una evaluación cognitiva del estado general de la vida de una persona, considerando si ha alcanzado sus expectativas y objetivos. Este modelo ha sido fundamental para comprender cómo las emociones y las evaluaciones cognitivas se entrelazan para formar una percepción global del bienestar.

Otra teoría relevante es la Teoría de las Discrepancias Múltiples de Michalos, que sugiere que el bienestar subjetivo está influenciado por la comparación entre las expectativas y los logros en diversas áreas de la vida. Según esta teoría, cuando hay una discrepancia significativa entre lo que una persona espera y lo que realmente logra, esto puede llevar a una disminución en su bienestar subjetivo. Esta perspectiva resalta la importancia de establecer expectativas realistas y alcanzables para mejorar la satisfacción vital (44).

Las teorías también se pueden clasificar en enfoques "abajo-arriba" (bottom-up) y "arriba-abajo" (top-down). Las teorías de abajo-arriba se centran en cómo la satisfacción de necesidades básicas y específicas contribuye al bienestar subjetivo. Por ejemplo, satisfacer necesidades relacionadas con la salud, las relaciones sociales y el empleo puede aumentar significativamente la percepción de bienestar. En contraste, las teorías de arriba-abajo enfatizan los factores internos y perceptivos que afectan cómo las personas evalúan su bienestar. Estas incluyen rasgos de personalidad como el optimismo, la autoestima y la resiliencia.

Además, el modelo PERMA propuesto por Martin Seligman introduce cinco elementos esenciales para el bienestar: emociones positivas, compromiso, relaciones significativas, significado y logros. Este modelo no solo se centra en la felicidad

momentánea, sino también en el florecimiento humano a largo plazo, promoviendo un enfoque más holístico del bienestar (45).

2.3.3. Características del bienestar subjetivo

A. Satisfacción con la vida

El bienestar subjetivo es un concepto que se refiere a la percepción personal de la calidad de vida y la satisfacción general que una persona experimenta. Este constructo abarca tanto las emociones positivas como negativas, así como la evaluación cognitiva de la vida en su conjunto. Uno de los componentes más destacados del bienestar subjetivo es la satisfacción con la vida, que se refiere a cómo las personas valoran su vida en comparación con sus expectativas y deseos (46).

La satisfacción con la vida es un indicador clave del bienestar subjetivo, ya que refleja la capacidad de una persona para encontrar significado y felicidad en su existencia diaria. Este concepto se basa en la idea de que las personas tienden a evaluar su vida en función de criterios personales, que pueden incluir logros profesionales, relaciones interpersonales, salud física y mental, y el cumplimiento de metas y aspiraciones. Cuando las personas sienten que han alcanzado sus objetivos o que su vida está alineada con sus valores, tienden a reportar niveles más altos de satisfacción (47).

Varios factores influyen en la satisfacción con la vida y, por ende, en el bienestar subjetivo. Entre estos factores se encuentran:

- Relaciones interpersonales: Las conexiones sociales son fundamentales para el bienestar. Las personas que mantienen relaciones cercanas y significativas suelen experimentar mayor satisfacción con la vida. El apoyo emocional y social puede actuar como un amortiguador contra el estrés y las dificultades, contribuyendo a una percepción más positiva de la vida(48).

- Salud física y mental: La salud es un determinante crucial del bienestar subjetivo. Las personas que gozan de buena salud física tienden a sentirse más satisfechas con su vida en general. Asimismo, la salud mental juega un papel vital; condiciones como la depresión o la ansiedad pueden afectar negativamente la percepción que una persona tiene sobre su calidad de vida(49).
- Logros personales: La realización de metas y objetivos personales es otro factor importante. Las personas que sienten que están progresando en sus vidas, ya sea en el ámbito profesional, educativo o personal, suelen reportar mayores niveles de satisfacción. La autoeficacia, o la creencia en la capacidad para alcanzar metas, también influye en esta percepción(50).
- Sentido y propósito: Tener un sentido claro de propósito en la vida puede aumentar significativamente la satisfacción con la vida. Las personas que sienten que su vida tiene significado, ya sea a través del trabajo, el voluntariado o las relaciones familiares, tienden a experimentar un mayor bienestar subjetivo(50).

B. Afecto positivo

El afecto positivo es un componente fundamental del bienestar subjetivo, que se refiere a la experiencia de emociones agradables y placenteras. Este concepto abarca una amplia gama de sentimientos, incluyendo la alegría, la gratitud, la satisfacción, el amor y la esperanza. La presencia de afecto positivo no solo mejora la calidad de vida de las personas, sino que también tiene un impacto significativo en su salud mental y física(51).

Las emociones positivas son esenciales para el funcionamiento humano, ya que fomentan una visión optimista de la vida y contribuyen a la resiliencia frente a las adversidades. Las investigaciones han demostrado que las personas que experimentan altos niveles de afecto positivo tienden a tener mejores relaciones interpersonales, mayor satisfacción laboral y un mayor compromiso social. Estas emociones generan un efecto multiplicador en la vida cotidiana, promoviendo comportamientos prosociales y fortaleciendo los lazos sociales(52).

El afecto positivo también está relacionado con una serie de beneficios para la salud. Estudios han encontrado que las personas que experimentan emociones positivas con regularidad tienen un sistema inmunológico más robusto, lo que les ayuda a combatir enfermedades. Además, el afecto positivo se ha asociado con una menor incidencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. La capacidad de experimentar y expresar emociones positivas puede actuar como un amortiguador contra el estrés y mejorar la capacidad de afrontamiento ante situaciones difíciles(53).

La actividad física también juega un papel importante en el aumento del afecto positivo. El ejercicio regular no solo mejora la salud física, sino que también libera endorfinas, conocidas como las "hormonas de la felicidad", que contribuyen a una sensación general de bienestar(54).

2.3.4. Factores condicionantes en el bienestar subjetivo del adulto mayor

El bienestar subjetivo en el adulto mayor es un constructo que refleja cómo las personas mayores perciben y evalúan su calidad de vida, incluyendo sus emociones y satisfacción general. Este bienestar está influenciado por diversos factores condicionantes que pueden afectar tanto la percepción emocional como la evaluación cognitiva de la vida. A continuación, se describen algunos de los principales factores que impactan el bienestar subjetivo en esta población(51).

Los adultos mayores que se perciben a sí mismos como saludables suelen experimentar un mayor bienestar subjetivo. La salud física y mental impacta directamente en cómo los individuos evalúan su calidad de vida. Aquellos con condiciones crónicas o problemas de salud mental, como la depresión, pueden tener una percepción negativa de su bienestar, lo que resalta la importancia de una atención integral a la salud en esta etapa de la vida.

El apoyo social también juega un papel fundamental en el bienestar subjetivo. Las relaciones interpersonales sólidas y el apoyo emocional son determinantes clave para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Estudios han demostrado que aquellos que cuentan con redes sociales activas y relaciones significativas tienden a experimentar menos soledad y más satisfacción con la vida. El apoyo social puede actuar como un amortiguador frente al estrés y las dificultades, promoviendo una percepción más positiva del bienestar(53).

Los estilos de afrontamiento son otro aspecto relevante. La forma en que los adultos mayores manejan el estrés y las adversidades puede influir en su bienestar subjetivo. Aquellos que utilizan estrategias adaptativas, como buscar apoyo social o mantener una actitud positiva, tienden a reportar niveles más altos de bienestar en comparación con aquellos que emplean estilos de afrontamiento menos efectivos, como la evitación o la resignación (53).

2.4. ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

2.4.1. Modelo de Sistemas de Betty Neuman

El modelo de sistemas de Betty Neuman ofrece un marco conceptual integral para abordar el cuidado del adulto mayor, especialmente en contextos donde la vulnerabilidad de salud se relaciona con la alimentación y el bienestar subjetivo. Según este modelo, el ser humano es considerado un sistema abierto que interactúa constantemente con su entorno, enfrentando estresores que pueden afectar su salud y bienestar(55). En el caso de los adultos mayores, estos estresores pueden incluir cambios fisiológicos, condiciones de salud preexistentes, y factores sociales que impactan su calidad de vida.

El modelo de Neuman se centra en la idea de que la salud es un continuo que va desde el bienestar óptimo hasta la enfermedad. Para los adultos mayores, una alimentación adecuada es fundamental para mantener la estabilidad del sistema. La malnutrición o una dieta inadecuada pueden actuar como estresores significativos, contribuyendo a un estado de vulnerabilidad que puede afectar no solo la salud física, sino también el bienestar emocional y psicológico. Por lo tanto, las intervenciones de

enfermería deben centrarse en evaluar y optimizar la calidad en la alimentación como parte de un enfoque holístico que considere todas las dimensiones del ser humano.

A su vez, esta destaca la importancia del bienestar subjetivo, que se refiere a cómo los individuos perciben su calidad de vida y satisfacción general. Para los adultos mayores, factores como la soledad, el aislamiento social y la falta de apoyo emocional pueden influir negativamente en su bienestar subjetivo. Así, las enfermeras deben implementar estrategias que no solo aborden las necesidades nutricionales, sino que también promuevan relaciones sociales significativas y un entorno emocional positivo(55).

Intervenciones de Enfermería en el cuidado del adulto mayor

Aplicando el lenguaje estructurado de la Nursing Intervention Classification(56) se presentan algunas intervenciones que se realizan con el adulto mayor con hábitos alimentarios inadecuados y bienestar subjetivo afectado:

Etiqueta diagnóstica: 1050 Alimentación (56).

- Realizar una valoración nutricional completa, incluyendo el historial dietético y la evaluación del estado de salud general.
- Identificar las barreras que dificultan una alimentación saludable, como limitaciones económicas, falta de conocimiento sobre nutrición o problemas físicos para preparar alimentos.
- Proporcionar educación nutricional adaptada a las necesidades del adulto mayor, enfatizando la importancia de una dieta equilibrada y rica en nutrientes.
- Ayudar al paciente a establecer metas realistas para mejorar sus hábitos alimentarios.

Etiqueta diagnóstica: 5510 Educación para la salud (56).

- Desarrollar programas educativos sobre la importancia de una alimentación saludable y su relación con el bienestar subjetivo.
- Facilitar talleres o sesiones informativas sobre cómo preparar comidas saludables y accesibles.
- Proporcionar recursos escritos o digitales que incluyan recetas saludables y consejos prácticos para la compra de alimentos.

- Involucrar a familiares o cuidadores en las sesiones educativas para fomentar un entorno de apoyo.

Etiqueta diagnóstica: 7140 Apoyo a la familia (56).

- Evaluar la red social del adulto mayor y fomentar conexiones con grupos comunitarios o actividades sociales que promuevan interacciones positivas.
- Facilitar el acceso a grupos de apoyo donde los adultos mayores puedan compartir experiencias y aprender unos de otros sobre el manejo en la alimentación y el bienestar emocional.
- Organizar actividades grupales que incluyan ejercicios físicos ligeros y comidas compartidas para promover hábitos saludables en un entorno social.

Etiqueta diagnóstica: 5270 Apoyo emocional (56).

- Proporcionar un espacio seguro para que el adulto mayor exprese sus sentimientos y preocupaciones relacionadas con su salud y bienestar.
- Fomentar técnicas de afrontamiento positivas, como la práctica de la gratitud o la meditación, que pueden ayudar a mejorar el bienestar subjetivo.
- Referir al paciente a servicios de salud mental si se identifican signos de depresión o ansiedad que afecten su bienestar general.

Etiqueta diagnóstica: 0200 Fomento del ejercicio (56).

- Evaluar el nivel actual de actividad física del adulto mayor y diseñar un plan personalizado que incluya ejercicios adecuados a su capacidad física.
- Promover actividades recreativas que sean placenteras y que fomenten tanto el bienestar físico como emocional, como caminatas al aire libre o clases de baile.
- Monitorear el progreso del paciente en relación con sus niveles de actividad y ajustar el plan según sea necesario.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel internacional

Maltaric M, Pusic P, Kolak M, et al. Adherence to the Mediterranean Diet Related to the Health Related and Well-Being Outcomes of European Mature Adults and Elderly, with an Additional Reference to Croatia [Adherencia a la

Dieta Mediterránea Relacionada con los Resultados en Salud y Bienestar de Adultos Mayores y Ancianos Europeos, con una Referencia Adicional a Croacia]Croacia, 2023

Los resultados del estudio indican una correlación positiva entre la adherencia a los principios de la dieta mediterránea y la autopercepción de la salud, los modelos de regresión indican cambios significativos en la medida de la fuerza de agarre máxima. Se concluye que el tipo de dieta es un factor que se relaciona con la salud física y mental(30).

Chunsu Zhu, Zhiwei L, Yongying Q. Association between subjective well-being and all-cause mortality among older adults in China [Asociación entre el bienestar subjetivo y la mortalidad por todas las causas en adultos mayores en China] China, 2023

Se encontraron 8459 muertes, se determinó que un mayor bienestar subjetivo se asocia con menor riesgo de mortalidad para todas las causas, siendo los aspectos de sentimiento de inutilidad y felicidad los que se asocian con mortalidad(57).

Selvamani Y, Arokiasamy P, Chaudhary M. Association between food insecurity and quality of life among older adults (60+) in six low and middle-income countries. [Asociación entre la inseguridad alimentaria y la calidad de vida en adultos mayores (60+) en seis países de ingresos bajos y medios]. Qatar, 2023

Se evidenció que los adultos mayores que presentaron inseguridad alimentaria grave presentaron mayor riesgo en su calidad de vida, así también demostraron bajada satisfacción con la vida. Se concluye que existe relación entre inseguridad alimentaria y calidad de vida (58).

3.2. A nivel nacional

Bocanegra S. Calidad de los hábitos sobre alimentación saludable y su relación con factores sociodemográficos en adultos mayores de Curgos, Perú ,2023

La calidad de hábitos alimenticios es aceptable en la minoría de adultos mayores. Se concluye que existe relación entre la edad con la calidad de hábitos alimenticios(33).

Calderón M. Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud, Junín, Perú 2021

Se encontró que 45% presenta hábitos alimentarios saludables, 3.17% tuvo sobrepeso y 11.7% obesidad. Se concluye que los hábitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional de los adultos mayores (60).

Falcón C. Espiritualidad, apoyo social y sentido de la vida en adultos mayores de un CIAM, 2024

Los resultados evidenciaron que existe una relación directa entre la espiritualidad y el sentido de vida(61).

3.3. A nivel local

Rojas M, Ccallo Ccari S. Autonomía, conexión social y sentido de pertenencia en el bienestar subjetivo de los adultos mayores institucionalizados en Arequipa, 2024

Con un total de 9 entrevistas realizadas se identificó influencia e interrelación, destacándose una interconexión dinámica entre autonomía, conexión social y sentido de pertenencia(48).

Calderón L, Vargas L. Hábitos alimenticios relacionado al estado nutricional del adulto mayor en tiempo de covid-19 en el Centro de Salud Generalísimo San Martín, Arequipa 2021

Los resultados evidencian que 42.5% tienen hábitos alimenticios regulares, 47.1% presentó sobrepeso. Se concluye que existe relación entre las variables (62).

Cárdenas Quispe Y. Estado nutricional y bienestar psicológico en adultos mayores del Centro de Salud Ciudad Mi Trabajo, Arequipa 2023.

Este estudio evidenció que el 51% de los adultos mayores presentaron riesgo de desnutrición y el 2% desnutrición. Los factores que más se relacionaron fueron la edad avanzada, la preexistencia de algunas patologías, la dependencia funcional y el riesgo

social. Se concluye que los factores mencionados incrementan significativamente el riesgo nutricional en esta población (67).

4. OBJETIVOS

1. Describir la calidad en la alimentación de los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz
2. Identificar el bienestar subjetivo en los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz
3. Determinar la relación entre la calidad en la alimentación y bienestar subjetivo en los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz

5. HIPÓTESIS

Dado que la calidad de alimentación se refiere a la práctica de hábitos alimentarios saludables en el consumo de alimentos, lo cual tiene un impacto significativo en el bienestar general de las personas y, por ende, puede influir en su salud mental. Por otro lado, el bienestar subjetivo se define como el grado de satisfacción que una persona experimenta con su vida, lo que a su vez motiva su actitud frente a diversas experiencias y vivencias.

Es probable que exista relación entre la calidad en la alimentación y el bienestar subjetivo en los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz.



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica

Para variable independiente y dependiente, se aplicó la encuesta.

1.2. Instrumento:

- **Para la variable independiente:** Calidad en la alimentación, se aplicó el cuestionario de hábitos alimentarios de Calderón M.(60) el cual fue validado por medio del juicio de 8 expertos, se presentó una confiabilidad alfa de Cronbach 0.69. El cuestionario presente 14 preguntas. La puntuación se realiza según asignación de puntajes por cada alternativa, siendo los puntajes entre 0, 0.5 y 1. La puntuación del instrumento corresponde a:

Indicador	Puntuación
Saludable	9-14 puntos
No saludable	Menos de 9 puntos

Fuente: Calderón M. – Cuestionario de Hábitos Alimentarios.

- **Para la variable dependiente:** Bienestar subjetivo, se aplicó la escala de bienestar subjetivo (EBS-20) que fue diseñada por Calleja y Mason, adaptada y validada para Perú por Heredia C, Meza W(63).

Este instrumento está formado por 20 ítems, dividida en 2 dimensiones (satisfacción con la vida ítems 1al 10 y afecto positivo ítems 11 al 20) . La puntuación se realiza según escala tipo Likert de 6 puntos, se puntúa con 1 cuando se está en desacuerdo, 2 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 de acuerdo, 4 muy de acuerdo, 5 bastante de acuerdo y 6 puntos cuando se está totalmente de acuerdo. Se evalúa cada ítem en una escala de Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca) y 4 (siempre).

Puntuación por dimensiones:

Indicador	Puntuación
Satisfacción con la vida	Muy alto (51-60 puntos) Alto (41-50) Medio (31-40) Bajo (21-30) Muy bajo (10-20)
Afecto positivo	Muy alto (51-60 puntos) Alto (41-50) Medio (31-40) Bajo (21-30) Muy bajo (10-20)
Bienestar subjetivo	Muy bajo: Menos de 65 puntos Bajo: 66-75 puntos Medio: 76-89 puntos Alto: 90-99 puntos Muy alto: 100 a más puntos

Fuente: Elaboración propia a partir de la Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20) de Calleja & Mason; adaptada y validada en Perú por Heredia & Meza.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en Centro de Salud Maritza Campos Diaz, el cual se encuentra ubicado en la calle Yaraví s/n, Distrito de Cerro Colorado, de la ciudad de Arequipa, país de Perú.

El Centro de Salud Maritza Campos Diaz es una institución prestadora de servicios de salud categoría I-IV. Cuenta con los servicios de Hospitalización ginecológica y obstétrica, atención de parto eutócico, atención de urgencias, tópico, servicios de consulta externa, laboratorio clínico, farmacia, entre otros.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación es coyuntural para el año 2025

2.3. Unidad de estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por los adultos mayores, que cumplieron los criterios de inclusión y que asistieron a consulta médica en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz.

2.3.1. Universo

El universo estuvo conformado por 184 adultos mayores.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores que desearon participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.
- Adultos mayores que acudieron a consultas de servicios de medicina, dental, inmunizaciones, nutrición y ginecología.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con diagnóstico de trastornos mentales y/o emocionales y que se monitoreen en el consultorio de psicología
- Adultos mayores con diagnóstico médico de patologías que afecten la absorción de nutrientes
- Adultos mayores con restricciones dietéticas, con alimentación por sonda u otras afecciones relacionadas a restricciones en la alimentación enteral

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- El proyecto de investigación fue presentado a la Facultad de Enfermería. Según la asignación del jurado y asesor por parte de la Decana de la Facultad de Enfermería, obteniendo su aprobación. Con el dictamen correspondiente, el trabajo fue remitido al Comité de ética institucional.
- Posteriormente, con el dictamen correspondiente, el trabajo fue remitido al Comité de ética institucional, donde obtuvo la aprobación correspondiente.
- Seguidamente, fue derivado a la Dirección de la Microred Cerro Colorado, así también a las Jefaturas del Centro de Salud Maritza Campos Diaz. Se explicaron los procesos a realizarse con los sujetos de estudio, quienes fueron informados de los propósitos y metodología del mismo.

- En coordinación con las jefaturas, se programaron estancias en turnos de 6 horas para el seguimiento y recolección de datos.
- Los instrumentos fueron autoaplicados en una duración de 15 minutos
- Análisis de datos: Los resultados fueron vaciados en una matriz de datos, usando el programa de Excel, así también para el análisis estadístico se usó el programa estadístico SPSS V24.0

La prueba estadística aplicada fue una prueba de correlación de Spearman, según la normalidad de los datos (datos no paramétricos).

- Presentación de datos: Los resultados fueron presentados a través de tablas y gráficos.
- Informe final: El informe final fue presentado a la asesora y jurado dictaminador, para luego proceder con la fase de sustentación.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadoras
- Asesora de tesis

3.2.2. Materiales

- Material de escritorio: Hojas bond, lapiceros, lápices, corrector, borrador, tajador, otros.
- Computadora, laptop e impresora

3.2.3. Económicos

El estudio fue autofinanciado por las investigadoras

3.2.4. Institucionales

Facultad de Enfermería de la UCSM

Centro de Salud Maritza Campos Diaz



CAPÍTULO III
RESULTADOS

Tabla 1

**Adultos mayores según edad y género en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**

Edad	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
60 a 65 años	27	14,7	42	22,8	69	37,5
66 a 71 años	25	13,6	40	21,7	65	35,3
72 a 76 años	14	7,6	17	9,2	31	16,8
77 a 81 años	6	3,3	4	2,2	10	5,4
82 a más años	5	2,7	4	2,2	9	4,9
Total	77	41,8	107	58,2	184	100,0

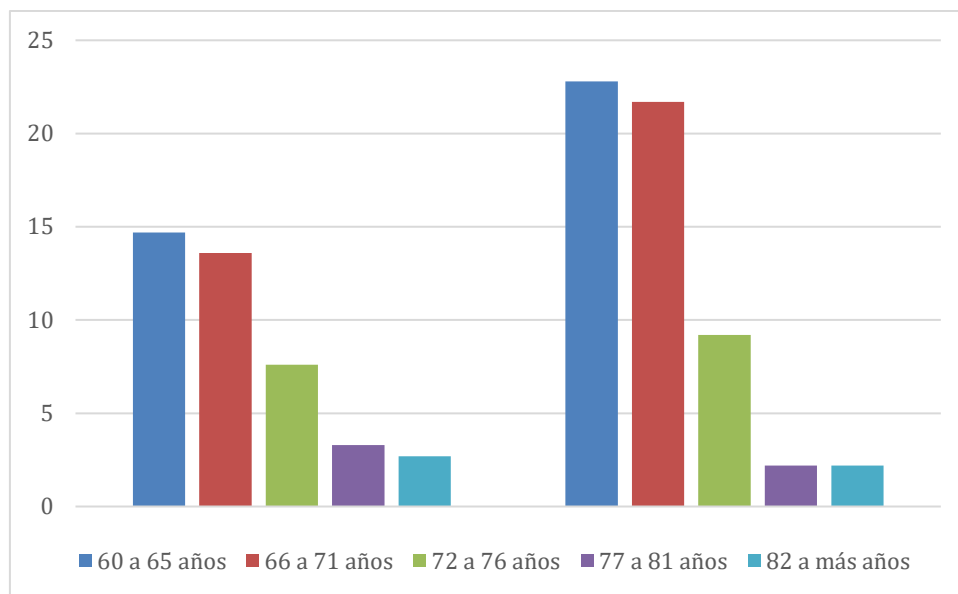
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se aprecia que, del total de adultos mayores, el 37.5% tiene entre 60 a 65 años, siendo la mayoría mujeres con el 22.8%; en el rango de 66 a 71 años el 21.7% son del género femenino; entre 72 a 76 años, el 9.2% son mujeres. A diferencia del rango de 77 a 81 años y de 82 años a más el 3.3% y 2.7% son varones respectivamente.

Se deduce que sumando los porcentajes de los grupos etarios cerca de las tres cuartas partes de los adultos mayores tienen entre 60 a 71 años. Con referencia al género más de la mitad son mujeres.

Figura 1

**Adultos mayores según edad y género en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

**Adultos mayores según situación conyugal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**

Situación conyugal	F	%
Soltero	24	13,0
Casado	79	42,9
Conviviente	20	10,9
Separado/divorciado	25	13,6
Viudo	36	19,6
Total	184	100,0

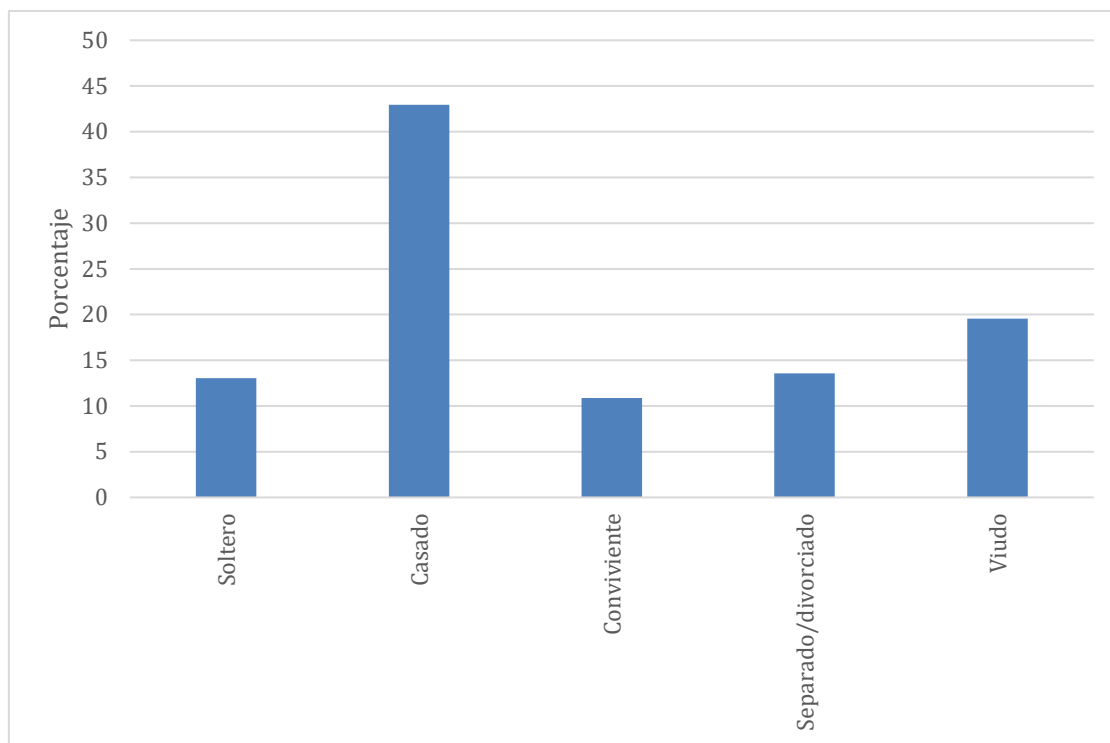
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se aprecia que 42.9% de los adultos mayores son casados, seguido del 19.6% son viudos, 13.6% separados/divorciados, 13% solteros y 10.9% convivientes.

Se deduce que, sumando los porcentajes de los adultos mayores casados o convivientes, más de la mitad viven en pareja.

Figura 2

**Adultos mayores según situación conyugal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 3

**Adultos mayores según lugar de procedencia en el Centro de Salud Maritza Campos
Díaz, Arequipa – 2025**

Lugar de procedencia	F	%
Arequipa	142	77,2
Cusco	5	2,7
Moquegua	13	7,1
Juliaca	17	9,2
Tacna	7	3,8
Total	184	100,0

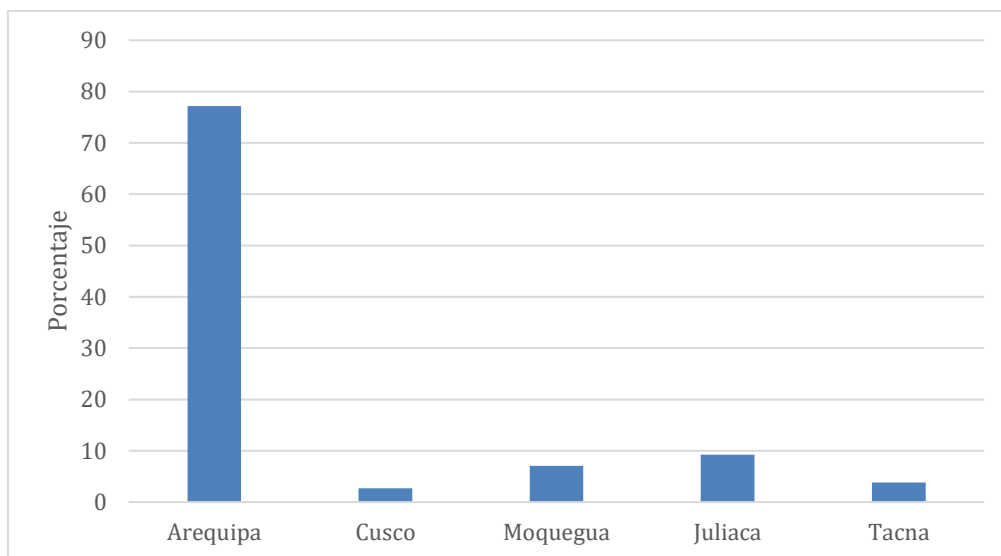
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se aprecia que del 77.2% de adultos mayores son procedentes de las ciudades de Arequipa, 9.2% de Juliaca, 7.1% de Moquegua, 3.8% de Tacna y 2.7% de Cusco.

Se deduce que más de las tres cuartas partes de adultos mayores son procedentes de la ciudad Arequipa.

Figura 3

**Adultos mayores según lugar de procedencia en el Centro de Salud Maritza Campos
Díaz, Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 4

**Adultos mayores según situación laboral en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**

Situación laboral	F	%
No labora	68	37,0
Trabajo independiente	51	27,7
Trabajo dependiente	31	16,8
Jubilado	34	18,5
Total	184	100,0

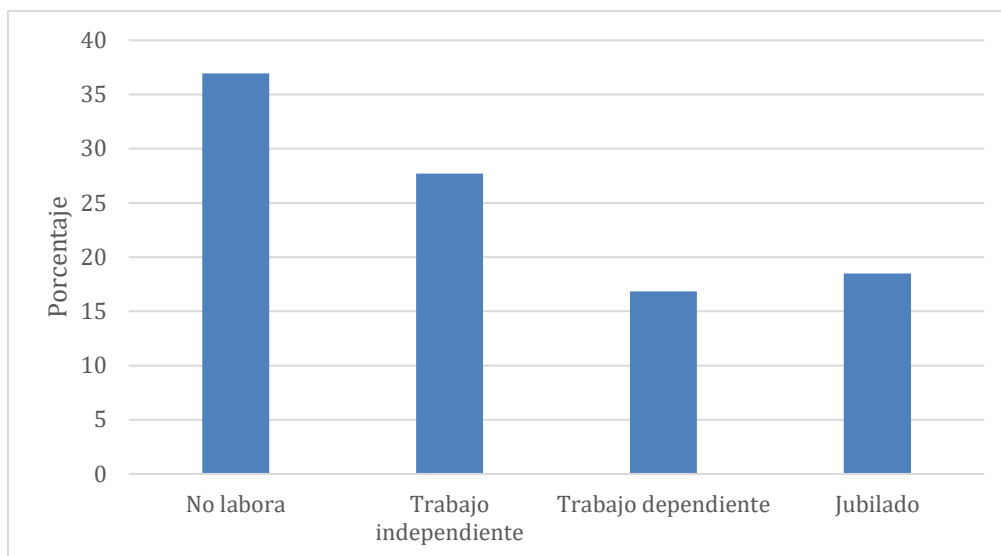
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se observa que 37% de los adultos mayores no laboran, no percibiendo ningún ingreso económico, 27.7% trabajan de forma independiente, 18.5% son jubilados percibiendo ingreso de su fondo de pensiones y 16.8% trabajan de forma dependiente.

Se deduce que más de la mitad de los adultos mayores, declaran percibir un ingreso económico ya sea de su fondo de pensiones o del trabajo realizado de forma independiente o dependiente.

Figura 4

**Adultos mayores según situación laboral en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 5

**Adultos mayores según tipo de familia en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**

Tipo de familia	F	%
Monoparental	44	23,9
Nuclear	62	33,7
Extendida	62	33,7
Ampliada	16	8,7
Total	184	100,0

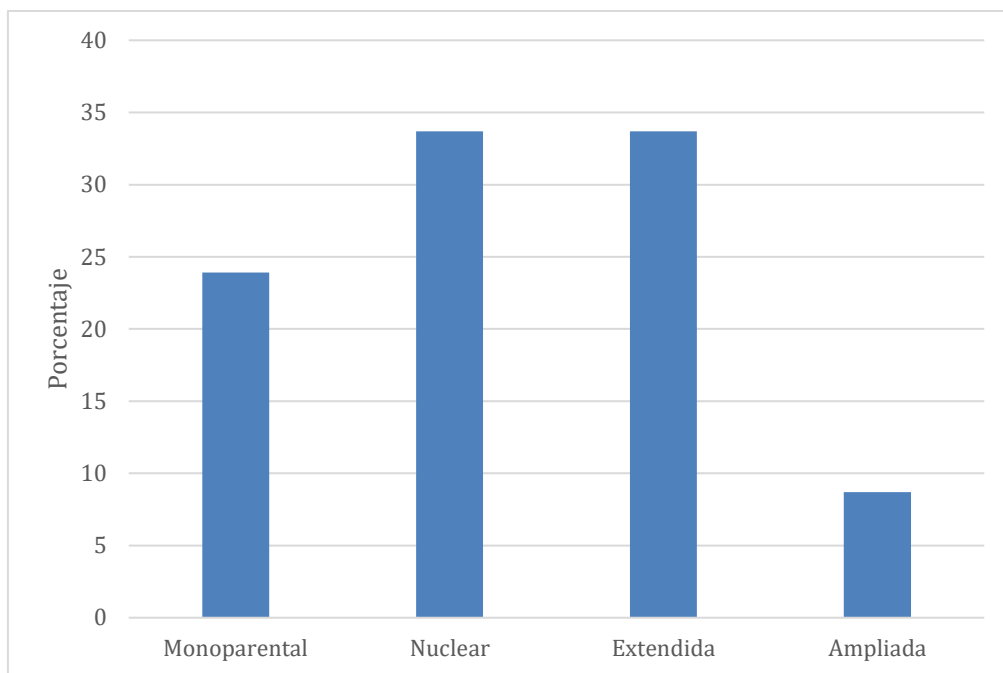
Fuente: Elaboración propia

En la tabla se aprecia que 33.7% de los adultos mayores tienen una familia de tipo nuclear (padres e hijos) y extendida (padres, hijos y nietos) respectivamente, 23.9% presentan una familia monoparental (un padre e hijos) y 8.7% ampliada (padres, hijos, nietos, sobrinos, etc).

Se concluye que más de la cuarta parte de adultos mayores son parte de familias de tipo nuclear y extendida, respectivamente.

Figura 5

**Adultos mayores según tipo de familia en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 6

**Adultos mayores según estado nutricional en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**

Estado nutricional	F	%
Normal	60	32,6
Sobrepeso	109	59,2
Obesidad I	10	5,4
Obesidad II	2	1,1
Obesidad III	3	1,6
Total	184	100,0

Fuente: Elaboración propia

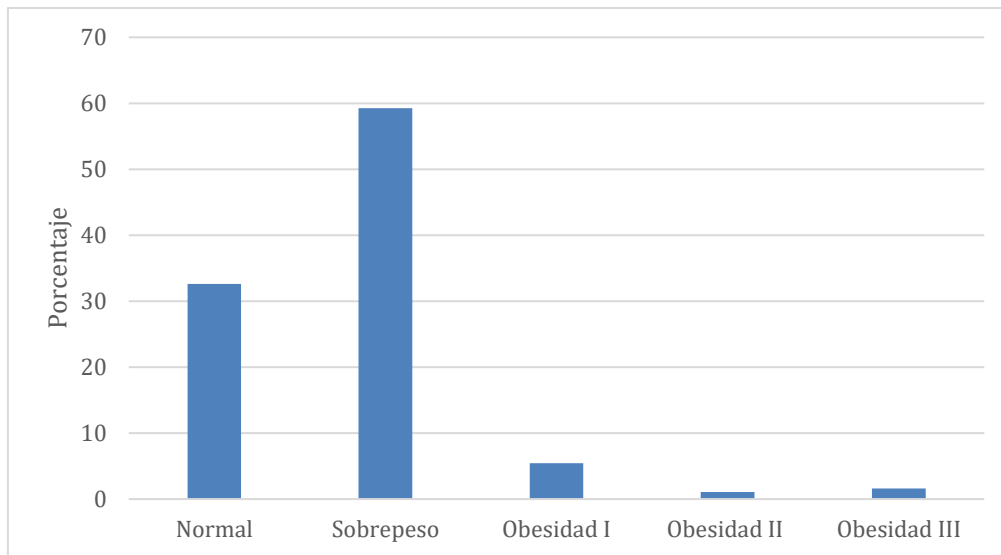
En la tabla 6 se identifica que el 59.2% de los adultos mayores presenta sobrepeso, el cual se define como un exceso de peso corporal respecto a la estatura, generalmente medido por un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 29.9 kg/m²; el 32.6% tiene un estado nutricional normal (peso adecuado para la estatura).

El resto de población adulta mayor presenta obesidad, definiéndose como grasa excesiva corporal, la que se clasifica en diferentes estadios según el IMC. Es así que el 5.4% tiene un estado nutricional de obesidad tipo I, es decir con un IMC entre 30.0 y 34.9 kg/m²; el 1.1% obesidad tipo II con un IMC entre 35.0 y 39.9 kg/m², y el 1.6% obesidad tipo III con un IMC igual o superior a 39.9 kg/m² (64).

Se deduce que más de la mitad de los adultos mayores presenta sobrepeso.

Figura 6

**Adultos mayores según estado nutricional en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 7

**Adultos mayores según comorbilidad crónica en el Centro de Salud Maritza Campos
Díaz, Arequipa – 2025**

Comorbilidad crónica	F	%
Diabetes mellitus tipo 2	32	17,4
Hipertensión arterial	37	20,1
Enfermedad renal crónica	6	3,3
Ninguna	109	59,2
Total	184	100,0

Fuente: Elaboración propia

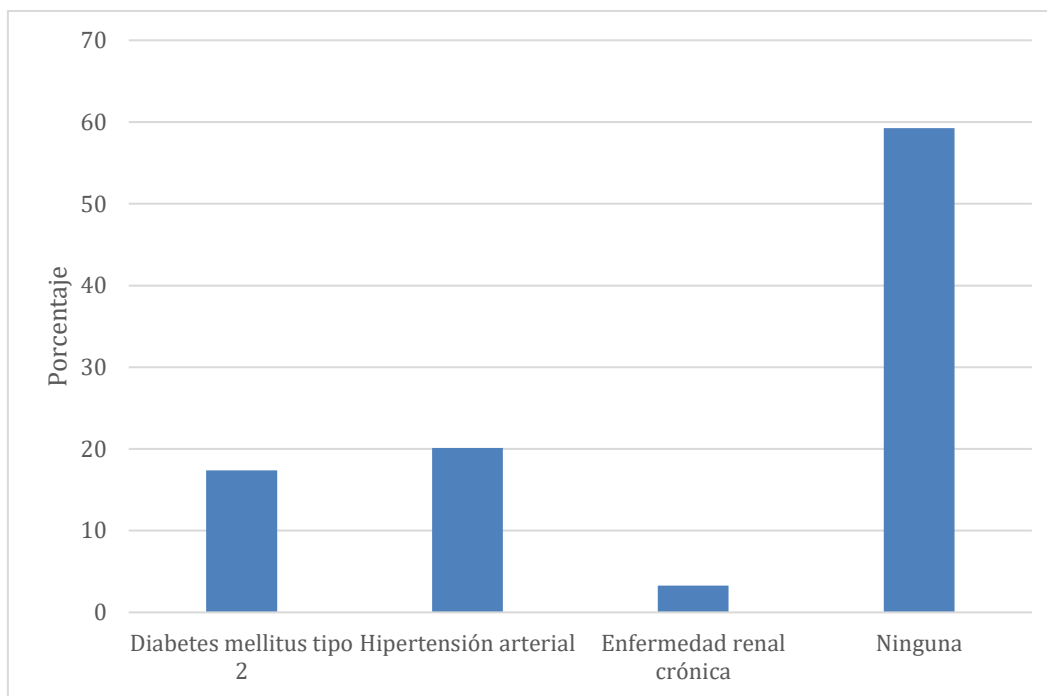
En la tabla 7 se observa que el 59.2% de los adultos mayores refiere no presentar comorbilidad crónica, mientras que el 20.1% reporta hipertensión arterial, el 17.4% diabetes mellitus tipo 2 y el 3.3% enfermedad renal crónica.

Una comorbilidad crónica se define como la presencia simultánea de una o más enfermedades crónicas en un individuo, que pueden afectar su calidad de vida y manejo clínico a largo plazo. La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre debido a resistencia a la insulina o producción insuficiente de esta hormona (65). La hipertensión arterial (HTA) es una condición en la cual la presión sanguínea se mantiene persistentemente elevada, aumentando el riesgo de problemas cardiovasculares (66). La enfermedad renal crónica (ERC) es una alteración progresiva y persistente de la función renal que puede derivar en insuficiencia renal si no se controla adecuadamente (31).

Se determina, por tanto, que más de la mitad de los adultos mayores no presenta comorbilidades crónicas.

Figura 7

**Adultos mayores según comorbilidad crónica en el Centro de Salud Maritza Campos
Díaz, Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 8

**Adultos mayores según calidad en la alimentación en el Centro de Salud Maritza
Campos Díaz, Arequipa – 2025**

Calidad en la alimentación	F	%
No Saludable	178	96,7
Saludable	6	3,3
Total	184	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 se aprecia que el 96.7% de los adultos mayores presentan una calidad alimentación categorizada como no saludable y solo el 3.3% como saludable.

Según Calderón M(60) en su instrumento validado y confiable, el cual fue aplicado en este estudio, se indica que la suma de los 14 ítems presenta una baremación categorizada en saludable (9-14 puntos) y no saludable (menos de 9 puntos).

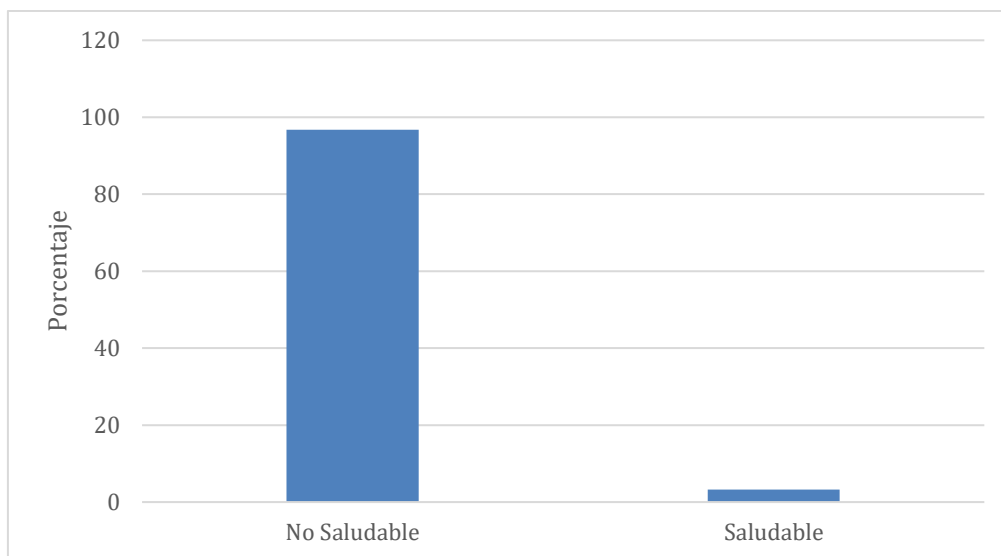
Por otro lado, es importante precisar que una alimentación saludable se caracteriza por ser equilibrada, variada y adecuada en cantidad y frecuencia (al menos 4 veces al día), que incluya alimentos ricos en nutrientes esenciales (frutas, verduras, cereales integrales, proteínas magras y lácteos bajos en grasa), una hidratación suficiente y un consumo limitado en grasas saturadas (frituras), azúcares añadidos (golosinas) y sal (30).

Por el contrario, una alimentación no saludable se refiere a patrones alimentarios que incluyen bajo o limitado consumo de alimentos ricos en nutrientes esenciales, alta ingesta de alimentos procesados, ricos en grasas saturadas y hábitos que no garantizan una hidratación adecuada (30). En adultos mayores, esto puede conducir a problemas de salud como sarcopenia, obesidad, desnutrición y otras enfermedades crónicas.

Se deduce que más de las tres cuartas partes de adultos mayores presenta una alimentación no saludable.

Figura 8

**Adultos mayores según calidad en la alimentación en el Centro de Salud Maritza
Campos Díaz, Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 9

Adultos mayores según calidad en la alimentación por dimensión frecuencia de ingesta de alimentos al día en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025

Frecuencia de ingesta de alimentos al día	F	%
Realiza 2 de ellos	45	24,5
Realiza 3 de ellos	65	35,3
Realiza los 4	74	40,2
Total	184	100,0

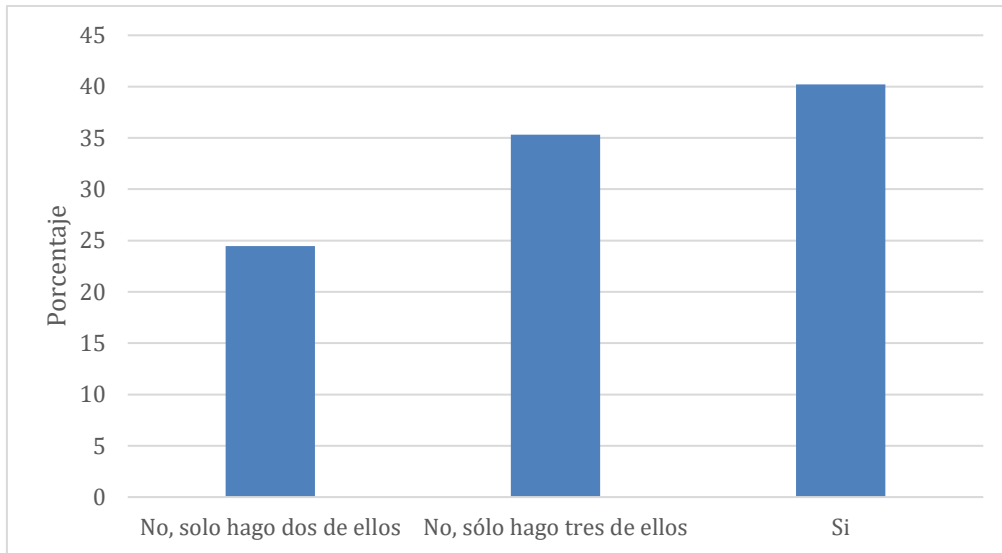
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 se observa que 40.2% de los adultos mayores consumen en 1 día hasta 4 comidas (desayuno, refrigerio, almuerzo y cena), 35.3% consumen sólo 3 comidas (desayuno, almuerzo y cena) y 24.5% sólo 2 (desayuno y almuerzo).

Se infiere que más de la mitad de adultos mayores consume de 2 a 3 porciones de comida al día, lo cual difiere del requerimiento dado por el MINSA (desayuno, refrigerios de media mañana o media tarde, almuerzo y cena) (32).

Figura 9

Adultos mayores según calidad en la alimentación por dimensión frecuencia de ingesta de alimentos al día en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025



Fuente: Elaboración propia

Tabla 10

Adultos mayores según calidad en la alimentación saludable por tipo y cantidad de alimentos consumidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025

Tipo y cantidad de alimentos consumidos	F	%
Consumo diario de lácteos		
No consume	48	26,1
1 a 2 porciones	107	58,2
3 porciones	29	15,8
Total	184	100,0
Consumo diario de proteínas: carnes		
No Consume	7	3,8
1 a 2 porciones	111	60,3
3 porciones	66	35,9
Total	184	100,0
Consumo semanal de proteínas: menestras		
No consume	24	13,0
3 veces por semana	117	63,6
Más de 3 veces por semana	43	23,4
Total	184	100,0
Consumo diario de frutas		
No consume	11	6,0
1 a 2 porciones	135	73,4
3 porciones	38	20,6
Total	184	100,0
Consumo diario de verduras		
No consume	17	9,2
1 a 2 porciones	132	71,7
3 porciones	35	19,0
Total	184	100,0
Consumo diario de carbohidratos		
No consume	19	10,3
1 a 2 porciones	114	62,0
3 porciones	51	27,7
Total	184	100,0
Consumo diario de grasas saludables		
A veces	47	25,5
No consume	86	46,7
Si consume	51	27,7
Total	184	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10 con relación al consumo de lácteos, un 58.2% consume menos de 3 porciones al día y un 26.1% no consume este grupo de alimentos, lo que sugiere una ingesta insuficiente de

proteínas y calcio para la mayoría de esta población. Tan solo el 15.8% alcanza la recomendación de tres porciones o más diarias.

Para el consumo de proteínas de origen animal (carne de cerdo, vacuno, pollo u otra carne), el 60.3% ingiere menos de dos porciones diarias y el 3.8% no consume este tipo de alimentos, mientras que el 35.9% sí llega a las porciones recomendadas. Esto sugiere que la mayoría no logra el consumo ideal de alimentos ricos en proteínas de alta calidad biológica.

En cuanto al consumo de proteínas de fuente mineral o vegetal como menestras, aunque el 63.6% consume al menos tres veces por semana, solo el 23.4% reporta un consumo más frecuente. Este patrón es mejor comparado con otros alimentos, pero aún podría optimizarse, considerando el aporte de fibra y proteínas vegetales que ofrecen.

Sobre el consumo de frutas, el 73.4% consume solo 1 a 2 porciones al día y el 6% no las incluye en la dieta diaria. Únicamente el 20.1% logra 3 o más porciones recomendadas, indicando un bajo aporte de vitaminas, antioxidantes y fibra.

En el consumo de verduras, 71.7% ingiere solo 1 a 2 porciones (frescas o cocidas), el 9.2% no las consume, y solo el 19% cumple la recomendación. Esto impacta negativamente en la cantidad y diversidad de micronutrientes y fibra dietética recibidos diariamente. Respecto al consumo de carbohidratos cereales y tubérculos (incluyendo pan, pasta, arroz, mote y choclo), el 62% consume 1 a 2 porciones por tiempo de comida y solo el 27.7% llega a 3 porciones, lo que representa una tendencia moderada en cuanto a la cantidad, aunque la calidad dependerá del tipo de cereal y su nivel de procesamiento.

Finalmente, sobre el consumo de grasas saludables aceite (de oliva o soya), el 46.7% no consume habitualmente este tipo de grasa saludable, y solo el 27.2% sí lo incorpora diariamente, lo que indica un bajo uso de grasas de buena calidad, fundamentales para la absorción de vitaminas liposolubles y la salud cardiovascular.

Este patrón alimentario refleja riesgos de deficiencias nutricionales y pone en evidencia la necesidad de fortalecer la educación alimentaria para promover una mejor calidad en el tipo y la cantidad de alimentos consumidos.

Se infiere que la mayoría de la población evaluada presenta una ingesta insuficiente de frutas, verduras, lácteos y aceites saludables, y un bajo cumplimiento de las recomendaciones para obtener una dieta equilibrada.

Tabla 11

Adultos mayores según promedio de consumo de frituras, golosinas y sales el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025

Consumo de frituras, golosinas y sal	F	%
Frituras		
No consumo	30	16,3
1 a 3 veces por semana	92	50,0
A diario	62	33,7
Total	184	100,0
Golosinas		
Diario	11	6,0
1 a 3 veces por semana	68	37,0
No consumo	105	57,1
Total	184	100,0
Alimentos altos en sal		
Si	20	10,9
No	99	53,8
A veces	65	35,3
Total	184	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11 se observa que el 83,7% de adultos mayores incluyen preparaciones fritas en su dieta, ya sea con una frecuencia semanal o diaria. En cuanto al consumo de golosinas y galletas, la mayoría, es decir, el 57,1% de los participantes, reporta no ingerir estos productos, lo cual constituye un aspecto positivo desde la perspectiva nutricional por el bajo aporte de azúcares refinados y ultra procesados. Sin embargo, un 43% lo hace con cierta frecuencia (diario y 1 a 3 veces por semana).

Respecto a la adición de sal en la comida ya salada, el 53,8%, no incrementa la cantidad, lo que evidencia una actitud preventiva frente al exceso de sodio en la dieta, reconocido como factor predisponente para la hipertensión arterial y enfermedades asociadas. No obstante, sumando los porcentajes entre quienes sí la agregan o lo hacen a veces se obtiene un 46,2 %, manteniendo un comportamiento potencialmente riesgoso para la salud cardiovascular y renal.

Se infiere que la mayoría de los adultos mayores consumen alimentos no saludables en su dieta.

Tabla 12

**Adultos mayores según calidad en la alimentación por dimensión hidratación en el
Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025**

Número de vasos de agua al día	F	%
No tomo	14	7,6
Menos de 6 vasos	108	58,7
6 a 8 vasos	62	33,7
Total	184	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12 se aprecia que en relación con la cantidad de vasos de agua natural que se consume diariamente, se observa que 58.7% consume menos de seis vasos al día, 33.7% informa tomar entre seis y ocho vasos y 7.6% no toma agua o no la consume habitualmente.

Estos resultados sugieren que la mayoría de la población no alcanza la ingesta recomendada de agua diaria (8 vasos) para mantener una adecuada hidratación.

De lo que se deduce que sólo más de la cuarta parte de adultos mayores consumen la cantidad de agua sugerido por el MINSA (32).

Tabla 13

**Adultos mayores según bienestar subjetivo en el Centro de Salud Maritza Campos
Díaz, Arequipa – 2025**

Bienestar subjetivo	F	%
Muy bajo	90	48,9
Bajo	42	22,8
Medio	28	15,2
Alto	13	7,1
Muy alto	11	6,0
Total	184	100,0

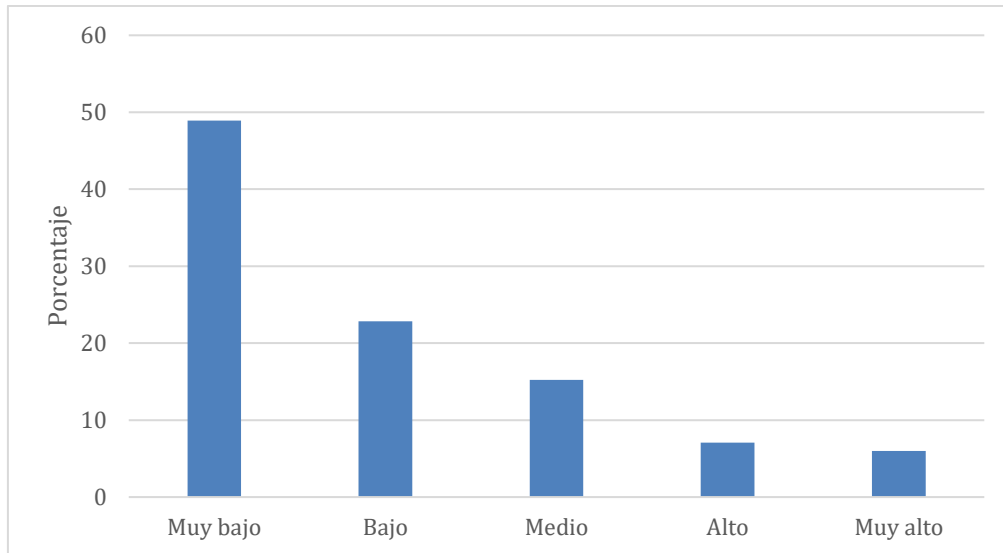
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13 se observa que 48.9% de los adultos mayores presentan un bienestar subjetivo muy bajo, es decir tienen una percepción predominante de insatisfacción con la vida y emociones negativas frecuentes; el 22.8% es bajo, lo que indica insatisfacción, aunque con menor intensidad, y posiblemente mayores momentos positivos; el 15.2% corresponde a un bienestar subjetivo medio, lo que representa una percepción equilibrada, con emociones tanto positivas como negativas en proporciones similares; los niveles muy alto con el 6% y el nivel alto con 7.1% reflejan una percepción positiva de la vida en los adultos mayores, con satisfacción general y predominancia de emociones agradables y positivas (48).

Se deduce que menos de la mitad de los adultos mayores presenta un bienestar subjetivo muy bajo.

Figura 10

**Adultos mayores según bienestar subjetivo en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa – 2025**



Fuente: Elaboración propia

Tabla 14

Bienestar subjetivo de los adultos mayores según dimensiones en el Centro de Salud

Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025

Dimensiones Bienestar subjetivo	Satisfacción con la vida		Afecto positivo	
	F	%	F	%
Muy bajo	13	7.1	16	8.7
Bajo	67	36.4	54	29.3
Medio	75	40.8	75	40.8
Alto	21	11.4	26	14.1
Muy alto	8	4.3	13	7.1
Total	184	100.0	184	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14 se aprecia que un 40.8% de los adultos mayores se sitúa en el nivel medio de satisfacción, Por otro lado, 36.4% presenta niveles bajos de satisfacción con la vida, que junto al nivel muy bajo (7.1%) suman un 43.5%, esta cifra sugiere que una parte considerable de la población podría estar enfrentando sentimientos de estancamiento, desilusión o carencia de propósito vital.

En cuanto al afecto positivo, la distribución muestra una dinámica similar a la de la satisfacción con la vida, aunque con una ligera inclinación hacia aspectos positivos. El nivel medio nuevamente concentra al 40.8% de los adultos mayores, lo que indica que la mayoría experimenta emociones agradables de manera moderada, sin alcanzar altos niveles de intensidad o frecuencia. Sin embargo, un 21.2% de la población se ubica en los niveles alto (14.1%) y muy alto (7.1%) de afecto positivo, un porcentaje que supera ligeramente al correspondiente a la satisfacción con la vida.

Se infiere que, a pesar de percepciones bajas sobre satisfacción con la vida, los adultos mayores mantienen la capacidad de experimentar momentos de alegría y placer en actividades cotidianas, en las relaciones interpersonales o en recuerdos positivos.

Se deduce que dos quintos de adultos mayores presentan un bienestar subjetivo medio.

Tabla 15

Relación entre calidad en la alimentación y bienestar subjetivo en adultos mayores en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa – 2025

Calidad en la Alimentación \ Bienestar Subjetivo	Muy bajo		Bajo		Medio		Alto		Muy alto			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
No Saludable	89	48,4	42	22,8	23	12,5	13	7,1	11	6,0	178	96,7
Saludable	1	0,5	0	0,0	5	2,7	0	0,0	0	0,0	6	3,3
Total	90	48,9	42	22,8	28	15,2	13	7,1	11	6,0	184	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15 se observa que del 96.7% de adultos mayores que no presentan una alimentación saludable el 48.4% presentó un bienestar subjetivo muy bajo, por otro lado, el 3.3% de adultos mayores que presentó una alimentación saludable, 2.7% presentó un bienestar subjetivo medio.

a. Prueba de comprobación de hipótesis

Valor	Error estándar asintótico	T aproximada	Significación exacta
,127	,059	1,754	,046

Fuente: Elaboración propia

A la prueba de Tau b de Kendall específica para la determinar la relación entre dos variables categóricas ordinales(67), se muestra una correlación positiva significativa con un coeficiente Tau-b de 0.127, indicando que la relación es débil a moderada. Esto quiere decir que a medida que mejora la calidad en la alimentación, el bienestar subjetivo tiende a incrementarse.

CONCLUSIONES

1. La calidad en la alimentación de los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz evidencian que el 96.7% de la población estudiada presenta una alimentación categorizada como no saludable.
2. El bienestar subjetivo de los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz demuestra que el 71.7% de la población estudiada presenta niveles deficientes de bienestar subjetivo.
3. El análisis de la relación entre la calidad en la alimentación y el bienestar subjetivo en los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz confirma la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0.046$), con un coeficiente de correlación Tau-b de Kendall de 0.127, que indica una relación positiva de intensidad débil a moderada.

RECOMENDACIONES

1. A la Coordinadora(o) de adultos mayores del Centro de Salud, se recomienda implementar un programa integral de educación nutricional específicamente diseñado para adultos mayores, que incluya sesiones educativas grupales e individuales sobre planificación de menús saludables, técnicas de preparación de alimentos nutritivos y estrategias para incrementar el consumo de frutas, verduras y lácteos. Este programa puede incorporar material educativo visual, demostraciones prácticas de recetas saludables y seguimiento nutricional personalizado.
2. A la Dirección del Centro de Salud, se recomienda desarrollar e implementar un programa multidisciplinario de promoción del bienestar subjetivo que integre intervenciones psicológicas, sociales y recreativas específicamente adaptadas a las necesidades de los adultos mayores.
3. A los profesionales de Enfermería y de ciencias de la salud, se recomienda desarrollar planes de intervenciones integradas que aborden simultáneamente la mejora en la calidad alimentaria y la promoción del bienestar subjetivo, reconociendo su interrelación sinérgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Papadopoulou S, Mantzourou M, Voulgaridou G, Pavlidou E, Vadikolias K, Antasouras G, et al. Nutritional Status Is Associated with Health-Related Quality of Life, Physical Activity, and Sleep Quality: A Cross-Sectional Study in an Elderly Greek Population. *Nutrients* [Internet]. 2023 Jan 14;15(2):443. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/2/443>
3. Khemka S, Reddy A, Garcia RI, Jacobs M, Reddy RP, Roghani AK, et al. Role of diet and exercise in aging, Alzheimer's disease, and other chronic diseases. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2023 Nov;91:102091. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1568163723002507>
4. Kassis A, Fichot M-C, Horcajada M-N, Horstman A, Duncan P, Bergonzelli G, et al. Nutritional and lifestyle management of the aging journey: A narrative review. *Front Nutr* [Internet]. 2023 Jan 24;9. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.1087505/full>
5. Shen X, Yang L, Gu X, Liu Y-Y, Jiang L. Geriatric Nutrition Risk Index as a predictor of cardiovascular and all-cause mortality in older Americans with diabetes. *Diabetol Metab Syndr* [Internet]. 2023 May 2;15(1):89. Available from: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-023-01060-7>
6. Zhang Y, Luo H, Xie J, Meng X, Ye C. The Influence and Prediction of Built Environment on the Subjective Well-Being of the Elderly Based on Random Forest: Evidence from Guangzhou, China. *Land* [Internet]. 2023 Oct 18;12(10):1940. Available from: <https://www.mdpi.com/2073-445X/12/10/1940>
7. Araújo D, Lima A, De R, Costa E, Montiel J, Alonso AC, et al. Perception of health, quality of life and functional capacity in adults and elderly after hospitalization due to complications of COVID-19 - a longitudinal study with 6-month follow-up. *Fisioter e Pesqui* [Internet]. 2023;30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-

29502023000100219&tlng=en

8. INEI. Situación de población adulta mayor [Internet]. 2023. Available from: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-oct-nov-dic23.pdf>
9. Hanco K. Calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas y sentido del humor. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2020 [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2020. Available from: <https://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10930/MChacake1.pdf>
10. Carabali S. Vejez y teorías del envejecimiento [Internet]. Cuadernos de la Cátedra de Seguridad Salmantina. Colombia: Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 77–100. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8430080>
11. Choi H, Lee S. Trends and Effectiveness of ICT Interventions for the Elderly to Reduce Loneliness: A Systematic Review. Healthcare [Internet]. 2021 Mar 7;9(3):293. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/3/293>
12. Taguchi C, Menezes P, Melo A, Santana L, Conceição W, Souza G, et al. Frailty syndrome and risks for falling in the elderly community. CoDAS [Internet]. 2022;34(6). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822022000600309&tlng=en
13. Cardenas M, Rodriguez G, Yañez J. Envejecimiento humano: un análisis integral desde la perspectiva de la medicina interna. RECIAMUC [Internet]. 2024;8(1). Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1273>
14. Ponce J. Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet]. 2021 Jan;5(1):140–64. Available from: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/213>
15. Morese R, Palermo S. Feelings of loneliness and isolation: Social brain and social cognition in the elderly and Alzheimer’s disease. Front Aging Neurosci [Internet]. 2022 Jul 22;14. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2022.896218/full>
16. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Geriatr Nurs

- (Minneapolis) [Internet]. 2021 Sep;42(5):1222–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0197457221000896>
17. Cardoso RB, Caldas CP, Brandão MAG, Souza PA de, Santana RF. Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender's theory. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022;75(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000100162&tlng=en
 18. Figueira H, Figueira O, Figueira A, Figueira J, Polo-Ledesma RE, Lyra da Silva CR, et al. Impact of Physical Activity on Anxiety, Depression, Stress and Quality of Life of the Older People in Brazil. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 Jan 8;20(2):1127. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/2/1127>
 19. Yu J, Yang C, Zhang S, Zhai D, Wang A, Li J. The Effect of the Built Environment on Older Men's and Women's Leisure-Time Physical Activity in the Mid-Scale City of Jinhua, China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(1039). Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/3/1039#:~:text=Older females' LTPA was positively,not affect LTPA in females.>
 20. Jacobus M. The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview. In: *The Influence of Theorists and Pioneers on Early Childhood Education* [Internet]. 1st ed. Routledge; 2022. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003120216-11/psychosocial-development-theory-erik-erikson-critical-overview-jacobus-maree>
 21. Bar-Tur L. Fostering Well-Being in the Elderly: Translating Theories on Positive Aging to Practical Approaches. *Front Med* [Internet]. 2021 Apr 9;8. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.517226/full>
 22. Zhang C, Cai Y, Xue Y, Zheng X, Yang X, Lu J, et al. Exploring the influencing factors of quality of life among the empty nesters in Shanxi, China: a structural equation model. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1).
 23. Zhang Y, Kuang J, Xin Z, Fang J, Song R, Yang Y, et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2023 Jul;110:104980. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494323000596>

24. Banerjee A, Duflo E, Grela E, McKelway M, Schilbach F, Sharma G, et al. Depression and Loneliness among the Elderly in Low- and Middle-Income Countries. *J Econ Perspect* [Internet]. 2023 May 1;37(2):179–202. Available from: <https://pubs.aeaweb.org/doi/10.1257/jep.37.2.179>
25. Lau KK-L, Yung CC-Y, Tan Z. Usage and perception of urban green space of older adults in the high-density city of Hong Kong. *Urban For Urban Green* [Internet]. 2021;64. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85109643792&doi=10.1016%2Fj.ufug.2021.127251&partnerID=40&md5=fa3b64ed4aa0c66819c280ef4f29d06a>
26. King S, Reid N, Brown S, Brodie L, Sia AD, Chatfield MD, et al. A prospective, observational study of frailty, quality of life and dialysis in older people with advanced chronic kidney disease. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023 Oct 16;23(1):664. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04365-4>
27. Andrade J, Drumond Andrade F, de Oliveira Duarte Y, Bof de Andrade F. Association between frailty and family functionality on health-related quality of life in older adults. *Qual Life Res* [Internet]. 2020 Jun 4;29(6):1665–74. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-020-02433-5>
28. MINSA. Norma Técnica para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores [Internet]. 2022. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5026077/4557563-rm-n-789-2023-minsa.pdf?v=1707854608>
29. Espeschit I de F, Santana CM, Moreira MAS. Public Policies and One Health in Brazil: The Challenge of the Disarticulation. *Front public Heal*. 2021;9:644748.
30. Maltarić M, Ruščić P, Kolak M, Bender DV, Kolarić B, Čorić T, et al. Adherence to the Mediterranean Diet Related to the Health Related and Well-Being Outcomes of European Mature Adults and Elderly, with an Additional Reference to Croatia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 Mar 10;20(6):4893. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/6/4893>
31. Pace R, Kirk J. Academy of Nutrition and Dietetics and National Kidney Foundation: Revised 2020 Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in Nephrology

- Nutrition. *J Ren Nutr* [Internet]. 2021;31(2):100-115.e41. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85101635339&doi=10.1053%2Fj.jrn.2020.12.001&partnerID=40&md5=2ec45c1791f86bc4d295443d5f2487ed>
32. MINSA. Alimentación saludable [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Available from: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/adultos/requerimientos-nutricionales>
33. Bocanegra S. Calidad de los hábitos sobre alimentación saludable y su relación con factores sociodemográficos en adultos mayores de Curgos, Perú. *UCV-Scientia* [Internet]. 2023;4(1):72–84. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=20977>
34. Shuvo S, Biswas B. The degree of association between overweight and obesity with the use of electronic media among Bangladeshi adolescents. Jaafar Z, editor. *PLoS One* [Internet]. 2023 Jan 20;18(1):e0280544. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0280544>
35. Ha NT, Sinh DT, Ha LTT. The Association of Family Support and Health Education with the Status of Overweight and Obesity in Patients with Type 2 Diabetes Receiving Outpatient Treatment: Evidence from a Hospital in Vietnam. *Heal Serv Insights* [Internet]. 2021 Jan 18;14:117863292110147. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/11786329211014793>
36. Sudfeld C, Bliznashka L, Ashery G, Yousafzai A, Masanja H. Effect of a home-based health, nutrition and responsive stimulation intervention and conditional cash transfers on child development and growth: a cluster-randomised controlled trial in Tanzania. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2021 Apr;6(4). Available from: 10.1136/bmjgh-2021-005086
37. Do EK, Bowen GA, Ksinan AJ, Adams EL, Fuemmeler BF. Sleep, Food Insecurity, and Weight Status: Findings from the Family Life, Activity, Sun, Health, and Eating Study. *Child Obes* [Internet]. 2021 Mar 1;17(2):125–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33493402/>
38. OMS. Alimentación sana [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
39. Fradelos E. Spiritual Well-Being and Associated Factors in End-Stage Renal Disease. *Sci*

- World J [Internet]. 2021;2021. Available from:
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85106158539&doi=10.1155%2F2021%2F6636854&partnerID=40&md5=9964b29a0897dd9cee999967a5f76dbe>
40. Silva S. Relación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I, Arequipa – 2020 [Internet]. Trujillo, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2021. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60385/Silva_ASP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Chaney S. Before compassion: sympathy, tact and the history of the ideal nurse. *Med Humanit* [Internet]. 2021;47(4):475–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2019-011842>
42. Karagöz D, Ramkissoon H. Loneliness, travel nostalgia, subjective well-being and prevention regulatory focus: a moderated mediation model analysis. *Curr Issues Tour* [Internet]. 2024 Jan 17;27(2):217–33. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13683500.2023.2175201>
43. Townsend M, Miller C, Matthews E, Grenyer B. Parental Response Style to Adolescent Self-Harm: Psychological, Social and Functional Impacts. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Dec;18(24). Available from: 10.3390/ijerph182413407
44. Buecker S, Luhmann M, Haehner P, Bühler JL, Dapp LC, Luciano EC, et al. The development of subjective well-being across the life span: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Psychol Bull* [Internet]. 2023 Jul;149(7–8):418–46. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/bul0000401>
45. Kovich M, Simpson V, Foli K, Hass Z, Phillips R. Application of the PERMA Model of Well-being in Undergraduate Students. *Int J Community Well-Being* [Internet]. 2023 Mar 26;6(1):1–20. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s42413-022-00184-4>
46. Van C, Fors A, Ekman I, Hensing G. Association between person-centred care and healthcare providers' job satisfaction and work-related health: a scoping review. *BMJ Open*. 2020 Dec;10(12):e042658.

47. Krautter K, Friese M, Hart A, Reis D. No party no joy?—Changes in university students' extraversion, neuroticism, and subjective well-being during two COVID-19 lockdowns. *Appl Psychol Heal Well-Being* [Internet]. 2022 Nov 7;14(4):1314–32. Available from: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aphw.12336>
48. Rojas Rios M, Ccallo Ccari S. Autonomía, conexión social y sentido de pertenencia en el bienestar subjetivo de los adultos mayores institucionalizados en Arequipa [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2024. Available from: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/85161e47-772b-408a-902c-78c1233fb8d0>
49. Zan H, Meng Z, Li J, Zhang X, Liu T. Factors associated with quality of life among elderly patients with type 2 diabetes mellitus: the role of family caregivers. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 Feb 21;24(1):539. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-17917-z>
50. Fischer R, Scheunemann J, Moritz S. Coping Strategies and Subjective Well-being: Context Matters. *J Happiness Stud* [Internet]. 2021 Dec 6;22(8):3413–34. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s10902-021-00372-7>
51. van Dierendonck D, Lam H. Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being. *Appl Psychol Heal Well-Being* [Internet]. 2023 May 8;15(2):594–610. Available from: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aphw.12398>
52. Casas N. Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de psicología [Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2022. Available from: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/659469/CasasT_N.pdf?sequence=3&isAllowed=y
53. Veisi R, Kakabaraee K, Chehri A, Arefi M. Relationship between coping styles (problem-oriented, emotion-oriented, and avoidance-oriented) with psychological well-being in people with coronavirus-2019 experience in Kermanshah city. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2024 Jan;13(1). Available from: https://journals.lww.com/10.4103/jehp.jehp_1543_22
54. Pacco S. Actividad física y el índice de masa corporal durante confinamiento por COVID-2019 en estudiantes de un colegio nacional Arequipa 2021 [Internet]. Arequipa, Perú:

- Universidad Continental; 2023. Available from:
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12800>
55. Goodarzi A, Borzou S, Cheraghi F, Khatiban M, Molavi Vardanjani M. Implementation of the Nursing Process Based on Betty Neuman Model in Kidney Transplant Patients: A Study in the Field. *Nephrourol Mon* [Internet]. 2020 Nov 30;13(1). Available from: <https://brieflands.com/articles/num-100373.html>
56. Aguilar C. Clasificaciones NANDA, NOC, NIC 2018-2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://contenidos.salusplay.com/hubfs/ebooks/Clasificaciones-NANDA-NOC-NIC-2018-2020.pdf?hsLang=es>
57. Zhu C, Lian Z, Huang Y, Zhong Q, Wang J. Association between subjective well-being and all-cause mortality among older adults in China. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023 Aug 25;23(1):624. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-05079-y>
58. Selvamani Y, Arokiasamy P, Chaudhary M. Association between food insecurity and quality of life among older adults (60+) in six low and middle-income countries. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2023 Nov;114:105079. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494323001577>
59. Tanabe K, Sugawara Y, Sakurai E, Motomura Y, Okada Y, Tsukao A, et al. Impact of subjective well-being on physical frailty in middle-aged and elderly Japanese with high social isolation. Das S, editor. *PLoS One* [Internet]. 2024 Feb 26;19(2):e0297837. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0297837>
60. Calderon M. Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud, Junín [Internet]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2021. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4974/T061_06673049_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y
61. Falcon Zuñiga C. Espiritualidad, apoyo social y sentido de la vida en adultos mayores de un CIAM [Internet]. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2024. Available from: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/29262>
62. Calderón Ramos L, Vargas Cari L. Hábitos alimenticios relacionado al estado nutricional

- del adulto mayor en tiempo de covid-19 en el Centro de Salud Generalísimo San Martín, Arequipa 2021 [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2021. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/69514>
63. Heredia Cornejo C, Meza Ventura W. Bienestar subjetivo y compromiso organizacional en colaboradores de un call center de Lima Metropolitana, 2021 [Internet]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2022. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/83976/Heredia_CCM-Meza_VWN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
64. MINSA. Calcular índice de masa corporal (IMC) en adultos [Internet]. Available from: <https://www.gob.pe/14806-calcular-indice-de-masa-corporal-imc-en-adultos>
65. OPS. Diabetes [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
66. IETSI E. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Hipertensión Arterial Esencial [Internet]. 2022. Available from: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-HTA-esencial_Version-corta.pdf
67. Manstavičius M. A few generalizations of Kendall's tau. Part II: Intrinsic meaning, properties, and computational aspects. Nonlinear Anal Model Control [Internet]. 2025 Feb 26;30(2):231–51. Available from: <https://www.zurnalai.vu.lt/nonlinear-analysis/article/view/38964>
68. Cárdenas Quispe Y. Estado nutricional y bienestar psicológico en adultos mayores del Centro de Salud Ciudad Mi Trabajo, Arequipa [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Tecnológica del Perú; 2023. Available from: <https://repositorio.utp.edu.pe/handle/20.500.12867/5808>



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el documento que se consigna como consentimiento informado, se expone que el presente estudio titulado: **Calidad en la Alimentación y su Relación con el Bienestar Subjetivo de Adultos Mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz. Arequipa, 2025**, es un estudio que se realiza con el objetivo de determinar la relación entre la calidad en la alimentación y bienestar subjetivo en los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz, así mismo se recalca que este estudio es anónimo y que los datos que se brinden son estrictamente confidenciales.

Por lo cual, mediante este documento confirmo mi participación en el presente estudio señalando que no ha mediado ningún aspecto de presión.

Arequipa _____, _____ del 2025

PARTICIPANTE:

FIRMA

HORA

FECHA

INVESTIGADORA:

FIRMA

HORA

FECHA

ANEXO 2

CUESTIONARIO CALIDAD EN LA ALIMENTACIÓN

Instrucciones: Estimado participante por favor completa la siguiente información. Este cuestionario es anónimo y confidencial, se le pide que coloque sus datos generales. Luego responda las preguntas que a continuación se muestran según corresponda. Marque con un círculo o aspa la alternativa de su preferencia:

Datos Generales

1. Edad: _____
2. Género Masculino () Femenino()
3. Situación conyugal
 - a) Soltero (a)
 - b) Casado (a)
 - c) Conviviente
 - d) Separado /Divorciado (a)
 - e) Viudo (a)
4. Lugar de procedencia
 - a) Arequipa
 - b) Moquegua
 - c) Tacna
 - d) Otros: _____
5. Situación laboral
 - a) No labora
 - b) Trabajo independiente
 - c) Trabajo dependiente
 - d) Jubilado
6. Tipo de familia
 - a) Monoparental
 - b) Nuclear
 - c) Extendida
 - d) Ampliada
7. Estado Nutricional: Peso: _____ Talla: _____
8. Indique que enfermedad crónica padece:

- a) Diabetes mellitus tipo 2
- b) Hipertensión arterial
- c) Enfermedad renal crónica
- d) Ninguna

1. ¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio?

- a) Si
- b) No, solo hago tres de ellos
- c) No, solo hago dos de ellos

2. Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o gaseosas?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

3. En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediada) consume?

- a) 3 porciones
- b) Menor a 3 porciones
- c) No consumo

4. En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día?

- a) 2 porciones
- b) menos de dos porciones
- c) No consumo

5. A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras?

- a) Más de 3 veces por semana
- b) Tres veces por semana
- c) No consumo

6. En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume?

- a) 3 porciones
- b) 1-2 porciones
- c) No consumo

7. En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume?

- a) 3 porciones
- b) 1- 2 porciones
- c) No consumo

8. En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, choclo, pan, papa, arroz, etc., consume ?

- a) 3 porciones
- b) 1-2 porciones
- c) No consume

9. ¿Consume a diario aceite de oliva o soya o sachainchi?

- a) Si consumo
- b) No consumo
- c) A veces

10. ¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

11. ¿Cuántos vasos de agua natural toma al día?

- a) De 6 a 8 vasos
- b) Menos de 6 vasos
- c) No tomo

12. ¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas?

- a) A diario
- b) 1-3 veces por semana
- c) No consumo

13. ¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas?

- a) Diario
- b) 1-3 veces por semana
- c) No consumo

14 Si la comida ya tiene sal, Usted le adiciona más sal al momento de consumirla

- a) Si
- b) No
- c) A veces

Puntuación:

N°	a	b	c
1	1	0,5	0
2	0	0,5	1
3	1	0,5	0
4	1	0,5	0
5	1	0,5	0
6	1	0,5	0
7	1	0,5	0
8	1	0,5	0
9	1	0,5	0
10	0	0,5	1
11	1	0,5	0
12	0	0,5	1
13	0	0,5	1
14	0	0,5	1

Calificación:

Saludable: 9-14

No saludable: menor a 9

Fuente: Calderón M(60).

ANEXO 3

ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO (EBS-20)

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Léalas cuidadosamente y marque con una “X” su respuesta a cada una de ellas. No deje ninguna sin contestar. Su participación voluntaria es muy valiosa.

	1	2	3	4	5	6
Satisfacción con la vida	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo buena vida						
4. Mi vida es feliz						
5. Estoy satisfecho/a con mi vida						
6. Volvería a vivir mi vida						
7. Mi vida es maravillosa						
8. Mi vida es interesante						
9. Tengo logros importantes en mi vida						
10. Me gusta mi vida						
11. Estoy satisfecho/a con quien soy						
12. Mi vida es como quiero que sea						
Afecto positivo	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
13. Me siento contento/a						
14. Disfruto de las actividades cotidianas que realizo						
15. Disfruto de mi vida						
16. Soy una persona entusiasta						
17. Me siento de buen humor						
18. Disfruto de los detalles de la vida						
19. Soy una persona feliz						
20. Me siento en paz conmigo mismo/a						
21. Mi vida me trae alegría						
22. Me siento de buenas						

Fuente: Heredia C, Meza W(63).

ANEXO 4

MATRIZ DE DATOS

	Edad	Genero	Situación conyugal	Lugar de procedencia	situación laboral	tipo de familia	peso	talla	IMC	enfermedad crónica	Calidad en alimentación	Bienestar subjetivo	satisfacción con la vida
1	62	2	2	1	3	2	89	1,63	33,49	1	1	56	33
2	68	1	2	1	3	2	78	1,75	25,47	4	3	81	31
3	65	2	1	1	2	2	75	1,7	25,95	4	7	91	48
4	63	2	1	1	4	3	75	1,65	27,55	4	1	73	35
5	82	1	2	3	4	3	85	1,7	29,41	3	8	96	46
6	62	2	5	1	1	2	81	1,52	35,06	2	3	101	42
7	67	2	3	1	1	2	72	1,58	28,84	2	1	94	37
8	55	2	4	1	3	1	56	1,58	22,43	4	7	82	35
9	57	2	2	1	2	2	58	1,53	24,78	4	4	89	41
10	61	2	1	1	3	1	58	1,55	24,15	4	4	38	19
11	60	2	3	1	2	2	63	1,55	26,23	2	7	61	35
12	64	1	4	1	3	1	71	1,69	24,86	4	4	65	35
13	75	2	1	1	4	4	71	1,69	24,86	2	5	75	35
14	74	1	5	5	1	3	73	1,63	27,48	4	6	51	28
15	62	2	4	5	1	4	63	1,55	26,23	1	2	47	22
16	75	1	5	4	4	3	65	1,7	22,49	1	3	56	25
17	64	2	2	1	1	3	68	1,72	22,99	4	3	39	22
18	70	1	4	1	4	3	70	1,6	27,34	1	3	38	21
19	62	2	2	1	1	3	56	1,57	22,74	4	6	44	22
20	70	1	5	5	1	3	68	1,62	25,94	4	3	51	25
21	76	2	5	1	1	3	63	1,47	29,14	1	5	47	25
22	62	1	3	4	1	3	60	1,63	22,58	4	1	42	22
23	68	2	4	1	4	4	55	1,48	25,12	4	6	49	26
24	69	2	3	1	2	3	60	1,58	24,03	4	6	68	34
25	75	1	5	1	1	3	76	1,65	27,9	3	3	50	25
26	60	2	3	1	3	4	59	1,62	22,5	4	4	64	28
27	68	1	1	1	4	3	66	1,65	24,24	4	5	60	24
28	62	2	4	1	2	3	67	1,6	26,17	2	2	46	22
29	66	2	3	1	4	3	67	1,57	27,2	1	6	46	18
30	70	1	4	1	1	4	69	1,58	27,64	1	3	62	29
31	82	2	5	1	1	2	61	1,56	25,07	4	6	50	25
32	61	2	3	1	1	3	62	1,55	25,81	4	3	49	25
33	63	1	2	5	2	2	74	1,69	25,91	2	5	46	25
34	68	2	3	1	2	2	59	1,6	23,05	4	2	38	18
35	78	1	2	1	1	3	67	1,6	26,17	4	4	46	22

36	76	2	4	1	1	2	60	1,58	24,03	4	3	50	26
37	60	1	3	1	2	3	75	1,7	25,95	4	1	47	24
38	66	2	4	1	2	3	59	1,6	23,05	4	5	54	28
39	60	1	4	1	4	3	67	1,61	25,84	2	6	54	26
40	69	1	1	1	1	3	65	1,69	22,75	4	5	48	24
41	69	2	5	5	1	3	60	1,53	25,64	4	8	46	22
42	63	1	2	1	4	4	74	1,66	26,86	1	3	32	16
43	70	2	2	1	1	3	65	1,58	26,03	4	6	59	31
44	67	1	5	1	1	2	77	1,67	27,61	2	1	42	22
45	63	2	4	1	2	3	70	1,62	26,7	1	5	34	16
46	67	1	2	4	1	4	65	1,67	23,31	4	5	39	21
47	75	2	5	4	1	3	55	1,55	22,89	4	3	44	24
48	71	1	1	1	3	2	80	1,64	29,76	4	3	43	19
49	65	1	1	1	4	4	64	1,63	24,09	1	4	48	27
50	65	1	4	1	4	2	68	1,63	25,59	2	4	61	31
51	67	2	5	1	3	4	62	1,54	26,14	1	5	47	24
52	64	2	2	3	1	3	59	1,5	26,22	4	6	79	39
53	61	1	4	1	1	2	72	1,6	28,12	1	7	43	22
54	68	2	5	4	1	2	60	1,55	24,97	4	6	49	24
55	61	1	2	1	4	3	74	1,65	27,18	2	5	67	32
56	66	2	1	5	4	2	58	1,55	24,15	4	5	44	20
57	69	1	3	1	1	2	60	1,62	22,86	4	1	56	25
58	60	2	2	1	2	3	70	1,5	31,11	1	5	50	25
59	71	1	4	1	1	2	69	1,64	25,66	2	7	42	22
60	62	2	4	1	1	2	59	1,55	24,55	4	3	47	24
61	70	2	4	1	4	3	73	1,73	24,46	4	2	52	26
62	71	2	4	1	2	3	58	1,59	22,94	4	4	52	26
63	82	1	2	1	1	2	76	1,67	27,26	3	6	48	22
64	79	2	5	1	1	3	72	1,64	26,77	1	12	80	40
65	62	2	2	1	2	3	80	1,65	29,38	4	6	75	38
66	72	1	2	1	3	4	80	1,65	29,38	2	8	73	36
67	61	1	2	1	2	3	63	1,59	24,92	2	10	77	39
68	63	2	2	1	1	2	82	1,67	29,4	2	11	76	43
69	68	1	2	1	3	4	70	1,62	26,7	4	7	72	36
70	61	1	1	1	3	2	73	1,65	26,81	2	9	76	39
71	75	2	2	3	3	3	63	1,59	24,92	4	8	65	33
72	63	2	2	3	3	3	72	1,62	27,43	4	4	74	36
73	73	1	2	3	3	1	81	1,74	26,75	2	6	55	27
74	73	2	2	1	2	3	83	1,65	30,49	2	1	60	30
75	75	2	2	3	3	3	64	1,6	25	2	4	75	37
76	62	2	2	1	1	3	60	1,56	24,65	1	0	67	36
77	79	1	5	1	1	1	78	1,7	26,99	1	6	72	39
78	62	2	5	1	1	4	61	1,58	24,43	1	6	70	35
79	69	1	2	3	3	3	78	1,75	25,47	4	5	64	28
80	60	1	2	3	3	3	80	1,73	26,73	4	5	69	33
81	63	1	2	1	3	3	83	1,76	26,8	1	8	73	36

82	67	1	4	1	2	1	70	1,66	25,43	4	2	65	32
83	67	2	2	1	1	2	55	1,5	24,44	4	5	66	33
84	70	1	5	1	1	1	68	1,61	26,24	1	5	80	40
85	68	2	2	1	3	1	66	1,58	26,43	4	2	73	39
86	62	1	3	1	2	3	61	1,6	23,83	3	7	80	40
87	78	1	2	1	1	3	78	1,67	27,97	1	13	85	46
88	60	2	2	1	3	3	68	1,53	29,05	1	9	77	39
89	72	1	5	1	1	3	68	1,63	25,59	4	9	69	34
90	64	2	2	1	2	3	58	1,54	24,46	2	8	78	38
91	68	1	2	1	1	2	72	1,68	25,51	1	9	69	36
92	72	2	1	1	1	3	62	1,6	24,22	4	3	60	27
93	63	1	2	3	2	2	80	1,53	34,17	4	8	71	35
94	67	2	5	3	1	4	78	1,5	34,67	1	5	94	44
95	65	2	2	3	3	1	51	1,63	19,19	1	4	93	48
96	70	2	3	5	2	3	73	1,7	25,26	2	5	78	40
97	73	2	2	1	3	3	75	1,57	30,48	4	5	76	38
98	65	2	2	1	3	2	75	1,63	28,22	2	7	73	35
99	65	2	2	1	3	4	72	1,68	25,51	2	5	74	37
100	73	1	2	3	4	3	82	1,78	25,88	4	4	72	34
101	68	2	2	1	2	2	65	1,69	22,75	2	6	72	36
102	70	2	2	1	1	3	63	1,58	25,24	1	7	65	28
103	71	1	2	1	3	3	70	1,68	24,8	1	2	76	36
104	73	1	2	1	4	3	69	1,62	26,3	2	2	63	36
105	88	2	5	1	4	4	72	1,59	28,48	3	2	68	34
106	75	1	3	1	4	2	66	1,62	25,16	2	0	71	38
107	78	2	2	1	4	3	78	1,64	29,01	4	0	55	30
108	82	1	5	1	4	2	77	1,62	29,36	4	0	66	33
109	78	1	2	1	3	2	74	1,65	27,18	4	7	74	38
110	74	1	2	1	4	3	68	1,61	26,24	2	2	64	30
111	67	2	2	1	3	2	72	1,62	27,43	2	3	60	29
112	68	1	4	1	3	1	65	1,67	23,31	2	2	68	34
113	73	2	2	1	2	3	70	1,67	25,1	4	1	66	32
114	72	1	5	1	2	3	74	1,69	25,91	4	7	73	37
115	67	2	5	4	2	2	77	1,62	29,36	2	0	62	27
116	62	1	2	1	3	3	72	1,67	25,25	2	2	67	33
117	60	2	2	1	4	2	65	1,7	22,49	1	1	57	22
118	73	1	2	1	4	2	90	1,77	28,73	2	10	89	44
119	73	2	3	3	4	2	68	1,62	25,94	4	4	69	35
120	61	1	5	1	4	2	72	1,6	28,12	2	2	44	23
121	71	1	4	1	1	1	55	1,51	24,13	4	6	39	22
122	79	2	1	1	1	1	57	1,53	24,35	4	2	28	15
123	68	2	2	2	1	1	60	1,46	28,14	4	3	72	26
124	71	1	2	1	2	2	57	1,58	22,82	4	3	54	25
125	60	2	1	1	2	1	40	1,4	20,41	4	4	78	34
126	73	1	2	1	4	3	67	1,65	24,61	4	2	105	49
127	71	2	1	1	2	1	70	1,6	27,34	4	3	52	30

128	70	2	5	1	1	1	55	1,49	24,79	4	4	64	31
129	63	2	4	1	1	1	59	1,6	23,05	4	5	81	44
130	69	2	5	1	4	1	70	1,6	27,34	4	3	67	31
131	59	1	2	1	2	2	72	1,65	26,44	2	4	79	41
132	62	1	2	1	3	2	77	1,7	26,64	4	3	64	32
133	70	2	1	1	2	1	71	1,62	27,06	4	3	66	25
134	59	2	2	1	2	2	66	1,56	27,13	4	6	56	27
135	63	2	3	1	2	4	60	1,55	24,97	4	2	40	15
136	62	1	2	1	2	2	70	1,62	27,31	4	6	51	23
137	61	1	4	1	2	1	67	1,63	25,21	4	4	44	19
138	55	2	3	1	2	2	71	1,63	26,71	4	1	49	22
139	85	1	5	1	4	1	75	1,69	26,25	4	5	74	38
140	72	2	2	4	1	3	55	1,49	24,79	4	4	100	53
141	59	1	3	1	4	3	81	1,7	28,01	4	3	27	12
142	68	2	1	1	1	1	69	1,54	29,09	4	5	42	22
143	58	2	2	1	2	2	62	1,57	25,18	4	5	49	23
144	57	2	3	1	2	2	60	1,53	25,64	4	4	83	39
145	60	2	2	1	2	2	82	1,65	30,12	4	4	92	45
146	71	2	1	1	2	1	55	1,5	24,44	4	8	43	21
147	79	2	1	1	1	1	48	1,48	21,91	4	3	119	60
148	73	2	1	4	2	1	54	1,43	26,41	4	2	62	31
149	68	2	2	1	1	2	72	1,6	28,12	1	4	102	51
150	71	1	3	4	2	1	68	1,69	23,8	4	22	58	30
151	80	1	2	4	1	2	68	1,66	24,68	4	5	75	36
152	75	2	1	4	1	1	62	1,52	26,84	2	1	52	24
153	69	2	5	1	1	1	42	1,49	18,92	4	3	77	33
154	69	2	5	1	1	2	63	1,58	25,24	4	6	96	43
155	67	2	5	4	4	2	64	1,58	25,63	4	4	107	48
156	61	1	4	2	2	1	53	1,58	21,23	4	3	81	36
157	61	1	1	2	1	1	49	1,53	20,93	4	3	97	40
158	63	2	1	4	1	1	62	1,58	24,84	4	3	77	37
159	73	1	3	1	2	2	56	1,68	19,84	4	3	74	38
160	91	1	2	1	4	3	82	1,78	25,88	4	5	107	53
161	61	2	2	1	2	1	67	1,45	31,88	4	3	47	21
162	53	1	4	1	2	1	54	1,54	22,77	4	1	84	40
163	60	2	2	1	1	2	50	1,5	22,22	4	3	58	25
164	56	2	2	1	2	2	50	1,41	25,15	4	3	53	32
165	85	2	5	1	2	1	86	1,41	43,25	4	3	34	17
166	67	2	2	1	2	2	86	1,7	29,76	4	2	85	36
167	81	1	5	1	1	1	65	1,7	22,49	2	4	73	36
168	68	2	2	1	1	1	68	1,5	30,22	4	7	93	48
169	65	1	4	1	2	1	60	1,6	23,44	4	4	106	57
170	70	1	5	4	4	2	65	1,6	25,39	4	6	87	43
171	75	2	2	1	1	2	70	1,6	27,34	4	4	95	50
172	70	2	2	1	4	2	80	1,65	29,38	1	2	92	47
173	71	2	5	1	1	1	58	1,44	27,97	4	1	62	31

174	62	2	2	1	1	1	65	1,46	30,5	4	1	113	53
175	71	2	2	1	2	2	72	1,65	26,44	1	3	104	51
176	69	2	1	2	1	1	97	1,48	44,28	4	4	108	55
177	67	2	5	1	2	1	47	1,49	21,17	4	2	97	46
178	75	2	5	4	1	2	47	1,49	21,17	1	4	69	25
179	71	1	2	1	1	2	53	1,51	23,24	3	4	70	33
180	75	2	2	2	1	1	70	1,4	35,71	2	2	71	35
181	71	2	2	4	1	2	61,5	1,5	27,33	1	3	91	49
182	84	2	1	4	1	1	42	1,4	21,43	2	2	49	19
183	66	1	2	1	2	2	67	1,5	29,78	4	1	60	25
184	69	1	5	1	3	1	69	1,68	24,46	4	1	79	36



ANEXO 5

CARTA DE PRESENTACIÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



Universidad Católica
de Santa María

Facultad de Enfermería

<http://www.ucsm.edu.pe>

[facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza

Arequipa, 12 de mayo de 2025

Carta de Presentación N° 028-FENF-2025

Señor Dra.
NARVY VASQUEZ PORTILLO
Directora médica del centro de salud
MARITZA CAMPOS DIAZ
Presente. -

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presento a usted a las señoritas Bachilleres:

QUISPE TOLEDO SOLEDAD MARIA
RIVERA COAGUILA ROCIO DEL PILAR

Quien está elaborando el Proyecto de Tesis titulado: "CALIDAD EN LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR SUBJETIVO DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA, 2025"

*En tal sentido, solicito a usted prestar el apoyo necesario con el fin que las indicadas señoritas pueda realizar su investigación, con la que optará el **Título de Licenciada en Enfermería**, cumpliendo con la función de Investigación Universitaria que demanda la Ley N° 30220 y el propio Estatuto de nuestra Universidad.*

Agradeciendo anticipadamente su valiosa colaboración, aprovecho la oportunidad para testimoniarles los sentimientos de mi estima personal.

Atentamente,



 **Dra. Mirta Cardeña Valverde**
Decana de la Facultad de Enfermería
Universidad Católica de Santa María

MCV/DFENF
Mlpc/

ANEXO 6

DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 5 de junio de 2025

Investigadoras Rivera Coaguila, Rocio del Pilar
 Quispe Toledo, Soledad María

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Calidad en la Alimentación y su Relación con el Bienestar Subjetivo de Adultos Mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz. Arequipa, 2025".

Investigadoras: Rivera Coaguila, Rocio del Pilar y Quispe Toledo, Soledad Maria.

TIPO Y DISEÑO: De campo, corte transversal, descriptivo, relacional.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Describir la calidad de la alimentación de los adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Diaz.

PROCEDIMIENTOS: Cuestionario de hábitos alimentarios de Calderón M(60) y Escala de bienestar subjetivo (EBS-20).



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

SUJETOS DE ESTUDIO:

Adultos mayores, que cumplan los criterios de inclusión y que asistan a consulta médica en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 183 – 2025 CIEI-UCSM



VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 5 de junio del 2026.



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

ANEXO 7

MEMORANDUM PARA EJECUCIÓN GERENCIA REGIONAL DE SALUD A
CENTRO DE SALUD MARTIZA CAMPOS DIAZ



"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"



GERENCIA REGIONAL DE SA

MEMORANDUM CIRCULAR Nº 388 -2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-J-PERS-CAP y SERUMS.

A : MED. NARVY VASQUEZ PORTILLO
JEFE DE LA MICRORRED DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-ZAMACOLA

ASUNTO : TRABAJO DE INVESTIGACION

REFERENCIA : DOC. N° 8399751, EXP. N° 5140337

FECHA : AREQUIPA, 30 DE JUNIO DEL 2025

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en mérito al documento de la referencia me permito presentar a SOLEDAD MARIA QUISPE TOLEDO y ROCIO DEL PILAR RIVERA COAGUILA, egresadas de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, quienes realizaran su trabajo de investigación titulado " CALIDAD EN LA ALIMENTACION Y SU RELACION CON EL BIENESTAR SUBJETIVO DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA-2025" en la Microrred de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola durante el mes de julio 2025, debiendo coordinar con los responsables de Personal, sobre los horarios para la realización de las mismas.

Sin otro particular, agradeceré brindarle las facilidades del caso.

Atentamente,



Director Ejecutivo

CIGR/M/PM/AC/WE/Var/abc.

Se adjunta Doc. N°
SIGEDO Reg./Doc: 8443516
Fólio : (01)

Reg. Expediente: 5140337





AREQUIPA SOMOS TODOS

Av. Independencia con Pasacajate, Edificio
Hacienda Andromeda, Bloque E Nº 600 Interior Nº 424
T. 084-200822 - 200777 - 202279

ANEXO 8

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOCHA
MICRO RED ZAMACOLA

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE MG. C.D. ORTODONCISTA JUAN ALARCON ARENAS JEFE DE LA MICRO RED ZAMÁCOLA:

DA CONSTANCIA QUE:

ROCIO DEL PILAR RIVERA COAGUILA y SOLEDAD MARIA QUISPE TOLEDO, han aplicado su instrumento de recolección de datos para su trabajo de investigación titulado **"CALIDAD EN LA ALIMENTACION Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR SUBJETIVO DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA , 2025"**, recolección que fue ejecutada del 11 de Julio al 20 de Julio del año en curso.

Se otorga la presente a solicitud de las interesadas, para los fines que considere conveniente.

Arequipa, 11 de Agosto del 2025

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOCHA
MICRO RED ZAMACOLA

Mg. Juan E. Alarcón Arenas
ORTODONCISTA
C.O.P. 6442 R.N.E. 981
JEFE DE LA MICRORED

Calle Yavari s/n frente al Mercado de Zamácola
MICRO RED ZAMACOLA
correo mrmcdzamacola@gmail.com