

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



**Nivel de soledad en el adulto mayor y su asociación con el estado
nutricional en la Microred Francisco Bolognesi, Arequipa- 2024**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Laime Garcia, Denia Brisa

ORCID: 0009-0001-7460-6502

Ochoa Taipe, Angie Malu

ORCID: 0009-0005-9096-3656

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesor(a):

Mg. Arratia Corrales, Mayra Alexandra

ORCID: 0000-0002-0059-2419

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 12 de Junio del 2025

Dictamen: 012546-C-FENER-2025

Visto el borrador del expediente 012546, presentado por:

2020891882 - LAIME GARCIA DENIA BRISA

2020892632 - OCHOA TAIPE ANGIE MALU

Titulado:

**NIVEL DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL
EN LA MICRORED FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA- 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**29526835 - BORJA VIZCARRA MARIA DEL PILAR SOFIA
DICTAMINADOR**



**29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY
DICTAMINADOR**



**29529537 - DELGADO DEL CARPIO MILNA MARJORIE
DICTAMINADOR**



Nivel de soledad en el adulto mayor y su asociación con el estado nutricional en la Microred Francisco Bolognesi, Arequipa- 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Católica de Santa María

Trabajo del estudiante

4%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.upn.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unsa.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada

Primeramente, a Dios, por encaminarme durante todo este tiempo y darme la fuerza para continuar en este camino y así terminar satisfactoriamente.

A mis padres, Vilma Garcia y Benigno Laime, por siempre inculcarme sus valores y apoyarme en todas mis decisiones, gracias por su sacrificio arduo y constante todo lo hacen posible por mí y mis hermanos, a mi mama Lucy que siempre estuvo para mí y siempre me apoyo desde que inicie esta bonita carrera, este logro no es solo mío sino de ustedes también que con tanto amor hicieron que fuera posible la culminación de mis estudios, a ustedes les dedico este gran logro.

A mis hermanos Criss, Dayana y José que siempre estuvieron conmigo a pesar de la distancia, así como yo, sé que en algún momento les tocara, gracias por todo.

A mi familia gracias por todo esto, es la culminación satisfactoria y culminada donde un día tuve un sueño y ese sueño lo compartí con ustedes y hoy se hace realidad, gracias por su amor infinito y su apoyo incondicional.

Denia Brisa Laime Garcia

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada

A Dios, por darme la fortaleza necesaria para no desistir y poder lograr este objetivo así también me ha guiado en cada paso que doy y a la vez me ha permitido finalizar de manera satisfactoria esta hermosa carrera.

A mi Madre, por su apoyo incondicional, gracias a usted no hubiese podido lograr este sueño tan anhelado, tuviste el arduo trabajo de sacarnos adelante sola, eres mi claro ejemplo de mujer por lo valiente que eres y porque nunca te rendirse ante la adversidad.

A mi hermana Evelina, quien es como mi segunda madre, quien ha sido pieza fundamental de esta familia porque siempre nos apoya, impulsa y brinda esa confianza en cada uno de nosotros para lograr lo que hoy en día somos.

A mis hermanos Carlos, Eder, Ronald y Gino por siempre incentivarme a nunca rendirme y que siempre puedo lograr todo lo que me proponga.

A la memoria de mi padre, que desde el cielo nos sigue cuidando.

Este trabajo va dedicado con mucho amor y dedicación para mi familia ya que cada uno ellos me han dejado una enseñanza a lo largo de mi vida y porque me permitido alcanzar cada uno de mis objetivos, por eso este logro también les pertenece.

Angie Malu Ochoa Taipe

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecemos a Dios quien ha sido nuestra guía, apoyo y fuerza de voluntad durante todo este tiempo transcurrido, donde hubo días que pensamos que nunca acabaría por los obstáculos que se nos atravesaron en su momento y gracias a Él logramos superar las adversidades.

Gracias a la Universidad Católica Santa María y la facultad de Enfermería por acogernos en sus cálidas aulas donde nos brindaron los mejores conocimientos, enseñanzas y valores, que aplicaremos a lo largo de nuestra carrera profesional, a las docentes por su magnífico trabajo, dedicación y paciencia por enseñarnos a lo largo de todo este camino y a su vez nos brindó a las mejores amistades que hicimos durante todo este tiempo.

A la Microred Francisco Bolognesi de Cayma por abrírnos sus puertas para realizar nuestra investigación, así también a la Lic. Nora Estrada, por su apoyo incondicional durante todo este tiempo que aplicamos el proyecto satisfactoriamente.

A los adultos mayores que pertenecen al club del adulto mayor de la Microred de Francisco Bolognesi, por compartir momentos inolvidables y aprender de cada uno de ellos, sin su ayuda esta investigación no se hubiera podido realizar.

A todas las personas que nos apoyaron durante todo este tiempo del proceso investigativo, en especial a nuestra familia por su apoyo incondicional y siempre confiar en nosotras.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación “Soledad en el adulto mayor y su asociación con el estado nutricional en la Microred Francisco Bolognesi Arequipa-2024”, este estudio tiene como Objetivo: Determinar la relación de soledad y el estado nutricional de los adultos mayores de la Microred Francisco Bolognesi. Esta investigación es un estudio de tipo cuantitativo, de campo y de corte transversal, de nivel descriptivo relacional, tiene dos variables: Soledad y Estado nutricional. Metodología: Se utilizó la técnica de la entrevista “Escala de Gierveld” para la variable Soledad y para el Estado nutricional se aplicó la técnica de observación directa, se contó con una población de 68 adultos mayores, la investigación tuvo una duración de 90 días entre los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2024. Resultados: El 55.9% corresponde a las personas que presentan edades de 60-64 años de edad, el sexo más predominante es el femenino con 82.4% mientras que los hombres representan el 17.6%, se resalta que el 39.7% no trabaja, la mayoría de adultos mayores cuentan con educación primaria de 44.1%, el 32.4% son personas casadas, el tipo de familia más resaltante es el monoparental con un 52.9%, el tipo de soledad más predominante es la moderada representado en 72.1%, el 67.7% tiene un perímetro abdominal alto, el IMC normal representa 39.7%. Conclusión: Al análisis estadístico de X² no se encontró relación significativa entre las variables.

Palabras clave: Soledad, estado nutricional, adulto mayor.

ABSTRACT

This research work, titled “Loneliness in the Elderly and Its Association with Nutritional Status in the Micro-network Francisco Bolognesi Arequipa-2024”, aims to: Objective: Determine the relationship between loneliness and the nutritional status of elderly individuals in the Francisco Bolognesi Micro-network. This study is of a quantitative type, field-based, cross-sectional, and with a correlational descriptive level, with two variables: Loneliness and Nutritional Status. Methodology: The “Geriatric Depression Scale” technique was used for the variable Loneliness, and for Nutritional Status, the anthropometric evaluation technique was applied. The study population consisted of 68 elderly adults. The research lasted approximately 90 days, conducted between October, November, and December 2024. Results: 55.9% corresponded to individuals aged between 60–64 years old; 61.8% were female. 82.4% of elderly participants live with a partner or family. Despite this, 39.7% reported feelings of loneliness. Most elderly adults have normal nutritional status, while 32.4% are overweight, and 16.2% are obese. Among those who are single, 52.9% reported loneliness, while 72.1% of married participants did not feel lonely. The majority (61.8%) did not present any nutritional risk, while 39.7% had a normal BMI. Conclusion: The Chi-square (X^2) statistical test showed no significant relationship between the two variables.

Keywords: Loneliness, nutritional status, elderly.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. Planteamiento del Problema 4

1.1. Enunciado del problema..... 4

1.2. Descripción del problema..... 4

1.2.1. Ubicación del problema 4

1.2.2. Análisis y Operacionalización de variables 4

1.2.3. Interrogantes del problema 7

1.2.4. Tipo y nivel de investigación..... 7

1.3. Justificación..... 7

2. Objetivos..... 9

3. Marco Teórico 9

3.1. Adulto Mayor 9

3.1.1. Características del Envejecimiento 9

3.1.2. Tipos de envejecimiento 11

3.2. Soledad..... 12

3.2.1. Tipos De Soledad..... 12

3.2.2. Factores de riesgo de soledad en adulto mayor 13

3.2.3. Consecuencias de la soledad..... 13

3.2.4. Soledad en el adulto mayor..... 14

3.2.5. Cuidados Emocionales Al Adulto Mayor 14

3.3.	Estado nutricional.....	15
3.3.1.	Alimentación en el adulto mayor.....	15
3.3.2.	Dieta balanceada en el adulto mayor.....	15
3.3.3.	Medición del estado nutricional.....	16
3.3.4.	Diagnóstico nutricional en el adulto mayor.....	17
3.4.	Rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor.....	18
3.4.1.	Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	18
3.4.2.	Modelo de cuidado integral por ciclo de vida.....	19
3.4.3.	Paquete de atención del adulto mayor.....	19
3.5.	Intervenciones de Enfermería en el cuidado del adulto mayor.....	20
3.5.1.	Valoración clínica.....	20
3.5.2.	Valoración funcional.....	20
3.5.3.	Valoración mental y psicoactiva.....	20
3.5.4.	Valoración social.....	20
3.6.	Revisión de antecedentes investigativos.....	21
3.6.1.	A nivel internacional.....	21
3.6.2.	A nivel nacional.....	22
3.6.3.	Nivel local.....	23
4.	Hipótesis.....	24
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....		25
1.	Técnica e Instrumento.....	26
1.1.	Técnica.....	26
1.2.	Instrumento.....	26
1.2.1.	Para la variable independiente.....	26
1.2.2.	Para la variable dependiente.....	27
2.	Campo de Verificación.....	27

2.1. Ubicación Espacial.....	27
2.2. Ubicación temporal	27
2.3. Unidades de estudio	27
2.3.1. Universo.....	27
2.3.2. Criterios de inclusión	28
2.3.3. Criterios de exclusión	28
3. Estrategia de recolección de datos.....	28
3.1. Organización	28
3.2. Recursos	29
3.2.1. Humanos	29
3.2.2. Materiales.....	29
3.2.3. Financiamiento.....	29
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis y Operacionalización de variables	4
Tabla 2 Adulto mayor según edades	31
Tabla 3 Adultos Mayores según género.....	33
Tabla 4 Adulto Mayor según grado de instrucción.....	35
Tabla 5 Adulto Mayor según situación conyugal	37
Tabla 6 Adulto Mayor según número de hijos.....	39
Tabla 7 Adulto mayor según tipo de familia.	41
Tabla 8 Nivel de soledad que presentan los adultos mayores.....	43
Tabla 9 Estado nutricional según perímetro abdominal.	45
Tabla 10 Estado nutricional según el IMC	47
Tabla 11 Relación entre la soledad y el estado nutricional según el indicador perímetro abdominal del adulto mayor	49
Tabla 12 Relación entre la soledad e IMC.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Adulto mayor según edades.....	32
Figura 2 Adulto Mayor según género.....	34
Figura 3 Adulto Mayor según grado de instrucción.....	36
Figura 4 Situación conyugal del adulto mayor de la Microred Francisco Bolognesi, Arequipa- 2024.....	38
Figura 5 Adulto Mayor según número de hijos	40
Figura 6 Adulto Mayor según tipo de familia.....	42
Figura 7 Nivel de soledad que presentan los adultos mayores.....	44
Figura 8 Estado nutricional según el indicador perímetro abdominal de los adultos mayores.....	46
Figura 9 Estado nutricional según el indicador IMC de los adultos mayores	48
Figura 10 Relación entre la soledad y el estado nutricional según el indicador perímetro abdominal del adulto mayor.....	50
Figura 11 Relación entre la soledad y el estado nutricional según el indicador IMC del adulto mayor.....	52

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
ANEXO 2 FICHA DE OBSERVACION DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	66
ANEXO 3 ESCALA DE SOLEDAD DE JONG GIEVELD	67
ANEXO 4 FICHA DE OBSERVACIÓN ESTADO NUTRICIONAL.....	68
ANEXO 5 CONSTANCIA DE LA MICRORED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI.....	69
ANEXO 6 MATRIZ DE DATOS.....	71



INTRODUCCIÓN

Hoy en día el envejecimiento ha aumentado paulatinamente durante el transcurso de estos años, según la Organización Mundial de la salud (OMS), estima que desde el 2015 hacia el 2050 se duplicarán los habitantes de este grupo etario pasando desde el 12% al 22%. Los adultos mayores son un grupo etario que son susceptibles a la soledad, el aislamiento social, depresión y el entorno físico; en el que se encuentra, puede verse afectada de forma directa en la vida cotidiana del adulto mayor, a su vez perjudicar en la toma de decisiones y los hábitos relacionados con la salud (1).

En la tercera edad el adulto mayor es más propenso a padecer de soledad, por factores sociales o fisiológicos como la defunción de la pareja, el alejamiento de los hijos o círculos sociales, a la vez se cree que lo mencionado anteriormente con llevaría al descuido del estado nutricional entre otros aspectos relacionados. En relación al estado nutricional, se entiende que es la ingesta de nutrientes y requerimientos de sus aportes nutricionales a su vez permite valorar la deficiencia o el consumo excesivo de los alimentos; la cual se expresa a través de las medidas antropométricas, el peso, la talla y el IMC; también se evidencia un deterioro en el estado físico y la calidad de vida (2).

Así mismo la organización mundial de la salud (OMS), refiere que la población de la tercera edad es el grupo más frágil, puesto que, presenta problemas en el estado nutricional, en consecuencia, limita la calidad de vida, la movilidad y la autonomía funcional, es decir, esto puede producir el aislamiento social conllevando a la soledad en el adulto mayor (1).

En este contexto estudios realizados a nivel internacional, evidencian un nivel predominante de desnutrición de 26.6% de adultos mayores entre los 75 años de edad. A nivel de Centro América; en El Salvador existe una alta tasa de desnutrición; en contraste en México, se mostró que el sobrepeso y obesidad obtuvieron cifras elevadas de 74.5%, existiendo limitados estudios que evidencien la relación entre la soledad y el estado nutricional. En Arequipa; se realizó una investigación en el área nutricional donde se observó que el 51% de la población presentó riesgo nutricional y sólo el 2% de esta población evidenció desnutrición (3). Es necesario resaltar que dicho estudio influye en el estado nutricional en el aspecto socio familiar, es decir, el no contar con redes de apoyo, vivir solo, no tener economía están asociados, sin embargo, estudios internacionales mencionan que contar con redes sociales activas, tener apoyo familiar y solvencia económica revertirá las carencias nutricionales y sociales que aquejan al adulto mayor (4).

Según lo evidenciado los adultos mayores, presentan un riesgo en su bienestar integral lo cual muestra una estrecha relación con la soledad. Según encuestas realizadas en EE. UU y Europa la soledad oscila entre el 5% y el 43% en personas de la tercera edad, de igual similitud en China hasta un 50 % de la población refiere sentirse solo (5). A nivel de Perú- Arequipa se evidencia que el 73.1 % de adultos mayores, presenta un nivel de soledad social media, 24.8% nivel de soledad social baja y 2.1% con un alto nivel de soledad (6).

Durante el desarrollo de las prácticas profesionales; se pudo apreciar que la mayoría de adultos mayores no tienen los cuidados necesarios por parte de sus familiares más cercanos, en consecuencia, muchos de ellos viven solos, es decir, en hogares unipersonales manifestando la gran parte que se siente solos, por ende, no tienen la atención que ameritan y muchos de ellos descuidan su alimentación generando un abandono en todo aspecto ya sea en lo físico y emocional. Es por esta razón que las investigadoras deciden realizar el presente estudio el cual tiene como objetivo principal determinar la relación entre la soledad y el estado nutricional del adulto mayor.

La presente investigación se organiza en capítulos, cada uno de los cuales aborda aspectos específicos del estudio. En el primer capítulo se expone el marco teórico, donde se delimita y analiza el problema de investigación, se describen las variables implicadas, se plantean las preguntas de investigación, el tipo de estudio adoptado, su justificación, los objetivos perseguidos y los antecedentes relevantes. Asimismo, se incorpora la hipótesis y el sustento teórico que fundamenta el desarrollo del trabajo. El segundo capítulo está dedicado al diseño metodológico, detallando las técnicas empleadas, los instrumentos aplicados, el campo de verificación y las estrategias utilizadas para la recolección de datos. Finalmente, el tercer capítulo presenta los resultados obtenidos, apoyados en cuadros estadísticos, seguidos de las conclusiones, recomendaciones, la bibliografía consultada y los anexos correspondientes.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Planteamiento del Problema

1.1. Enunciado del problema

Nivel de soledad en el adulto mayor y su asociación con el estado nutricional en la MicroRed Francisco Bolognesi, Arequipa- 2024.

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Ubicación del problema

- **Campo:** Ciencias de la salud
- **Área:** Enfermería
- **Línea:** Salud del adulto y Adulto mayor

1.2.2. Análisis y Operacionalización de variables

Tabla 1
Análisis y Operacionalización de variables

Datos Sociodemográficos	
Edad	<ul style="list-style-type: none"> - 60 a 74 años (tercera edad) - 75 a 89 años (cuarta edad) - 90 a 99 años (longevo) - Más de 100 años (centenarios)
Género	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino
Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Sin estudios - Primaria - Secundaria - Superior técnica - Superior universitaria

Situación conyugal	<ul style="list-style-type: none">- Soltero- Casado/conviviente- Divorciado/separado- Viudo
Número de hijos	<ul style="list-style-type: none">- Ninguno- 1 a 2- 2 a más
Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none">- Monoparental- Ampliada- Extendida- Reconstituida

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	
Variable independiente: Nivel de Soledad	Soledad social	<ul style="list-style-type: none"> - Persona con quien compartir problemas - Personas a quien acudir en situación de problema - Personas en las cuales se puede confiar 	
	Soledad emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de desprotección, - Sensación de no contar con personas cercanas 	
Variable dependiente: Estado nutricional	Peso	<ul style="list-style-type: none"> - Kilogramos (Kg) 	
	Talla	<ul style="list-style-type: none"> - Centímetros (Cm) 	
	Perímetro abdominal	Varón	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo: < 94 cm - Alto: \geq 94 cm - Muy alto: \geq 102 cm
		Mujer	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo: < a 80 cm - Alto: \geq a 80 cm - Muy alto: \geq 88 cm
IMC	<ul style="list-style-type: none"> - Delgadez: \leq 23 - Normal: \geq 23 y < 28 - Sobrepeso: \geq 28 y < 32 - Obesidad: \geq 32 		

1.2.3. Interrogantes del problema

- ¿Cuál es el nivel de soledad que presentan los adultos mayores de la MicroRed Francisco Bolognesi?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores de la MicroRed Francisco Bolognesi?
- ¿Existe relación entre la soledad y el estado nutricional de los adultos mayores de la MicroRed Francisco Bolognesi?

1.2.4. Tipo y nivel de investigación

- **Tipo:** Estudio cuantitativo, de campo y de corte transversal.
- **Nivel:** Descriptivo-Relacional (7).

1.3. Justificación

La presente investigación tiene como finalidad determinar cuál es la asociación entre Nivel de soledad y estado nutricional; el adulto mayor atraviesa etapas psico-emocionales como la soledad muchas veces se sienten solos, aislados estando aún con familiares o contrariamente la ausencia de ellos, Así mismo trae consecuencias negativas afectado el estado nutricional, ya que al sentir un vacío emocional tienden abandonar sus necesidades biológicas (8).

Un estudio realizado en Chile se evidencio que el 29.5% de la población tienen sobrepeso y 24.4% presentan obesidad en adultos mayores (9). Así mismo en nuestro país no es ajeno a tal problemática, Panduro, Liliana realizó un estudio de investigación en Iquitos en la cual mostró que el 48.8% presenta delgadez, sobrepeso 19.1% y obesidad 9.8% (10), en cuanto Arequipa una investigación presentada por Aquino, Khateryn mostró que la población presentó un mayor riesgo de desnutrición con 57.2% y desnutrición 22.8% (11), mencionado lo anteriormente expuesto Pérez, Carlos refiere que el estado nutricional de los adultos mayores pueden ser causas de múltiples factores biopsicosociales como el abandono familiar, vivir solo, muerte del cónyuge, falta de recursos económicos e influencias de factores sociales como la soledad (12).

Chela, Romel en su investigación expone que si existe una relación entre factores sociales y el estado nutricional; ya que la mayor cantidad de ancianos mencionaron

presentar un nivel medio de soledad y a la vez no cuentan con el apoyo de programas sociales y esto influye en el estado nutricional del adulto mayor (13).

Ante el contexto presentado, el limitado número de estudio locales actuales, que permitan evidenciar esta problemática, es que se decide realizar la presente investigación.

El siguiente estudio es relevante científicamente, dado que, la soledad está presente por lo general en adultos mayores, la cual puede estar asociado al estado nutricional; que a su vez puede repercutir en su salud física y mental, por ello es que se requiere promocionar y fortalecer con la contribución de los programas sociales para la mejoría del estado de salud de este grupo etario, la información obtenida de este estudio, servirá de aporte para la ciencia de enfermería; así también para la construcción de nuevos trabajos de investigación que puedan determinar la problemática presentada. El estudio es relevante socialmente, porque aportará información necesaria para el cuidado del adulto mayor y como también su bienestar físico y mental a la vez la investigación busca obtener datos y contribuir a la sociedad para el bienestar del adulto mayor. El estudio es viable y factible, dado que no es un problema ajeno a la sociedad porque la mayoría de los adultos mayores la padecen, las investigadoras cuentan con la autorización para poder desarrollar el trabajo de investigación, así también, se cuenta con los recursos necesarios. La motivación para el desarrollo de este estudio nace a raíz del programa del adulto mayor de la MicroRed Francisco Bolognesi de Cayma, los cuales en su mayoría resaltaron que” se encuentran solos en casa”, a la vez se visualizó que la mayoría presenta una dieta desequilibrada, es por ello, que se desea conocer si la soledad está asociada al estado nutricional; por lo cual nosotras consideramos un grupo etario importante y a la vez vulnerable en muchos aspectos sociales; el presente estudio se formula para obtener el Título profesional de Licenciada en Enfermería.

2. Objetivos

- Determinar el nivel de soledad que presentan los adultos mayores de la MicroRed Francisco Bolognesi
- Identificar el estado nutricional de los adultos mayores de la MicroRed Francisco Bolognesi
- Establecer la relación entre el nivel de soledad y el estado nutricional de los adultos mayores de la MicroRed Francisco Bolognesi.

3. Marco Teórico

3.1. Adulto Mayor

La organización mundial de la salud (OMS), manifiesta que las personas de la tercera edad superan la esperanza de vida de los 60 años, asimismo que hacia el 2050 el número de habitantes se duplicará aumentando del 12% al 22%, desde otro enfoque biológico manifiesta que el adulto mayor sufre cambios celulares y moleculares; la cual se ve afectada las funciones cognitivas y físicas, a su vez puede facilitar a padecer de enfermedades y como consecuencia la muerte (1).

Podemos definir que el adulto mayor a lo largo de la vida, se produce cambios naturales e inevitables, así como variaciones dinámicos y graduales, a la vez confronta una situación de vulnerabilidad es el aspecto físico, biológico, psíquico, personal y económico en el cual necesitará más apoyo, sin embargo, no todos envejecen del mismo modo (14).

3.1.1. Características del Envejecimiento

Los adultos mayores, poseen características que van surgiendo en el transcurso de la vida y estas pueden ser: psicológicas, físicas, fisiológicas, metabólicas y socioculturales entre otras. Por ende, el envejecimiento es multifacético y complejo, a su vez desarrolla un crecimiento personal como también permite el autodescubrimiento de sí mismo. Las principales características del envejecimiento son (14).

3.1.1.1. Fisiológicas

Se presentan cambios a nivel del tejido celular, transformando la morfología corporal, hay evidencia de pérdida de elasticidad manifestándose con arrugas en la piel (15).

3.1.1.2. Nutricionales

La alimentación es más específica ya que el sistema digestivo y la absorción de los nutrientes se ve disminuido con el paso de los años, a su vez puede estar sujeto a factores ambientales y biológicos (tristeza, soledad, estrés y hábitos inadecuados) (15).

3.1.1.3. Sueño

Se ve afectado por el patrón del sueño ya que no sigue las rutinas de descanso; sin embargo, es necesario mejorar la calidad del sueño, ya que tiene un impacto positivo y esto aumenta su capacidad en las rutinas cotidianas; a su vez disminuye el riesgo de aparecer enfermedades (16).

3.1.1.4. Eliminación

Existe una alteración de la musculatura de los esfínteres provocando incontinencia fecal o una alteración en absorción del agua provocando el estreñimiento, las cuales pueden ser a consecuencias de problemas sociales y psíquicos (17).

3.1.1.5. Sociales

El entorno social es el lugar que se encuentra constituido por todos los grupos que interactúan como las instituciones y las personas con el adulto mayor, relacionado primordialmente a los grupos que pertenece, esta intercomunicación se puede efectuar desde los medios de comunicación (18).

3.1.1.6. Cognitivo

El desarrollo del envejecimiento está asociado a la estructura cognitiva. Existe un enlentecimiento en el cerebro para procesar y entender la información; a su vez existe una incapacidad para recordar acontecimientos o detalles temporales que se ven asociados por la edad; sin embargo, es necesario ejercitar la memoria a través de juegos didácticos (18).

3.1.1.7. Emocionales

Los adultos mayores pasan por una serie de cambios emocionales como la soledad, el duelo y la pérdida de un ser querido, este proceso conlleva a un estado depresivo el cual es necesario atravesar la nueva situación (19).

La metamorfosis por la que atraviesa es inevitable por lo cual el adulto mayor tiene que aprender a vivir, aceptar y adaptarse a toda una serie de cambios (14).

3.1.2. Tipos de envejecimiento

A lo largo del tiempo el envejecimiento sufre cambios constantes que son normales y estos se producen a causa del desarrollo biológico, social y psicológico, los cuales se considera que existen 3 tipos de envejecimiento (20).

3.1.2.1. Envejecimiento biológico

Son cambios bioquímicos y anatómicos que se dan en la persona a través de los años (21), es por ello que la genética es un determinante fundamental, gradual y adaptativo en el proceso del ser humano sin embargo esto no repercute en el tipo de vivencias vividas y la influencia del entorno (20).

3.1.2.2. Envejecimiento social

Son las funciones y roles que toma la sociedad, pero va cambiando en el transcurso de los años, y se manifiesta con roles específicos en cada persona dependiendo de la edad (21).

De este modo el medio social está regido por valores, prácticas, normas y saberes que mantienen a lo largo del tiempo, creando así su propio modelo (20).

3.1.2.3. Envejecimiento psicológico

Está relacionado con las capacidades para adaptarse a cambios espontáneos; percibiéndose a través de las habilidades intelectuales y el manejo emocional de la persona (21).

3.2. Soledad

La soledad, es un proceso que se presenta en el transcurso de la vida y que es más predominante en la tercera edad, a la vez es considerada multidimensional ya que incluye aspectos de la persona como deficiencias en el desarrollo afectivo, (autoestima baja) ámbito social (el aislamiento, habilidades conductuales deterioradas es decir dificultad para entablar las redes sociales) (22).

Según Petite et al; en un estudio realizado se mostró que el sentimiento de soledad está representado entre el 20% al 40% en adultos mayores (23).

Otros autores definen la soledad, como una condición en la que el individuo padece de molestias, al sentirse incomprendido, aislado, rechazado por el entorno que lo rodea, por otro lado, poseen una peculiaridad de vivencias perjudiciales para su salud como también en el ámbito social y familiar (24).

La soledad es la ausencia de compañía y se expresa como una emoción de manera interna, a causa de una pérdida o ausencia de un ser querido, o no pertenecer a círculos sociales, sin embargo, la persona puede estar sin la presencia o en compañía de la sociedad ya que son situaciones que no definen la satisfacción vital y la felicidad. Es por ello, la soledad puede influir y afectar en muchos aspectos de la vida del adulto mayor como en el estado emocional, intrafamiliar y círculos sociales, en tal sentido es de vital importancia considerar la salud mental, ya que es una etapa de cambios constantes de aprendizajes y de una adaptación persistente (25).

3.2.1. Tipos De Soledad

3.2.1.1. Soledad Social

Es dada por el distanciamiento o apartamiento de un grupo social de agrado y la pertenencia a este, la desintegración de un grupo conduce al alejamiento por ende genera a la ausencia de relaciones (6).

Otros autores refieren que la soledad social es la exclusión de grupos que genera un sentimiento de discriminación o el hecho de no ser incluidos por otros grupos (26).

3.2.1.2. Soledad Emocional

Está dada por la falta de relaciones interpersonales, suele desarrollarse cuando la persona se siente solo ya sea por la falta de familiares y amigos (27).

Por otro lado, la soledad emocional se manifiesta por la ausencia de vínculos o vacíos emocionales por la carencia de amigos o personas cercanas causando sentimientos de miedo o ansiedad y esto se puede restablecer cuando se logra entablar relaciones o nuevos círculos sociales (26).

3.2.2. Factores de riesgo de soledad en adulto mayor

Bellegarde et al refiere que los factores de riesgo de soledad están relacionados con problemas físicos, la discapacidad, vulnerabilidad, pobreza y exclusión social y estos a su vez afectan la salud, además, existen otros tipos de factores de riesgo como un nivel bajo de economía, vivir solo o sola y pertenecer a una cultura diferente (28).

3.2.3. Consecuencias de la soledad

La soledad es causada por diferentes factores como la falta de relaciones sociales ya sea amicales, familiares entre otros a la vez existe la percepción subjetiva de sentirse solo a pesar de estar rodeado de personas; como consecuencia se genera un quiebre restringiendo la comunicación entre personas de su mismo entorno, por ende, cuando se presenta la soledad trae como consecuencia lo siguiente (29).

3.2.3.1. Físicas

Enfermedades cardiovasculares, debilidad del sistema inmunológico, problemas en el sueño, enfermedades digestivas, migraña, aumento de la presión arterial entre otros (29).

3.2.3.2. Psíquicas

Demencia senil, incitación al alcoholismo, ideas suicidas, ansiedad, depresión, trastornos psicopatológicos, puede manifestarse enfermedades como el Alzheimer entre otros (29).

3.2.3.3. Sociales: Aislamiento social y prejuicios sociales

Otros estudios mencionan que la soledad se ve incrementada en personas mayores que no reciben ningún tipo de apoyo (30).

Además, se incrementa la morbilidad y la mortalidad a medida que aumenta la edad de este grupo etario (29).

3.2.4. Soledad en el adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionan que el envejecimiento en el Caribe y América latina simboliza entre tres a cinco veces del total de la población para los años 2025-2050 (1).

Los adultos mayores son una población longeva, la cual requiere de mayores atenciones en varios aspectos particularmente en el área de salud, ya que aquejan de afecciones físicas, mentales y determinantes sociales, este último está evidenciado por la soledad que comúnmente afecta a la mayoría de personas adultos mayores (30).

La soledad se manifiesta por la ausencia de relaciones o conexiones sociales y sus signos más representativos son la angustia y la ansiedad en el cual la persona se siente alejado y realiza conductas de alejamiento (31).

3.2.5. Cuidados Emocionales Al Adulto Mayor

El cuidado emocional implica fomentar el buen estado emocional, relaciones interpersonales y pensamientos. El cual permite prever los retos emocionales que surgen según los acontecimientos vividos.

Se menciona los siguientes cuidados emocionales:

- Conversaciones continuas e interés por los sentimientos y pensamientos de la persona.
- Mostrar empatía y paciencia al evocar las preocupaciones y emociones de la persona.
- Participar en actividades sociales (manualidades, lecturas, paseos) entre otros.
- Disponer de horarios regulares (ejercicios, descanso, comidas y actividades de ocio).
- Fomentar la tranquilidad de la persona
- Brindar apoyo emocional ante situaciones de estrés (32).

3.3. Estado nutricional

3.3.1. Alimentación en el adulto mayor

Una alimentación saludable permite consumir una variedad de alimentos, ya que aportan nutrientes de manera saludable y a la vez brindan energía y bienestar en el ser humano (33).

El aumento de la población del adulto mayor requiere abordar una dieta adecuada para su ingesta diaria, y de esta manera mejora la salud y calidad de vida. El adulto mayor se caracteriza por consumir al menos tres comidas diarias, pero muchas veces no logra satisfacer el estado nutricional de este grupo etario llevando a la desnutrición estos pueden verse afectados a causa de las influencias sociales y familiares. Para una alimentación balanceada es necesario valorar el estado físico y mental de la persona y adaptar de acuerdo a sus necesidades y mejorar la calidad de vida (34).

3.3.2. Dieta balanceada en el adulto mayor

Orellana Sandra, refiere que una dieta balanceada es: proporcionar las cantidades requeridas, además de consumir una gran variedad de alimentos necesarios para el organismo y de esta manera lograr el buen funcionamiento de este. Así mismo una dieta balanceada permite conservar y mantener una buena salud; en los adultos mayores además que ingerir alimentos; tiene otras funciones como producir tejidos en el organismo para las diversas funciones del individuo (35).

Otros autores como Galarza María, menciona que la dieta del adulto mayor deben ser preparaciones fáciles de realizar y además que deben ser dietas blandas o semisólidas por ejemplo frutas picadas, carnes molidas y verduras. Es necesario para una buena digestión que los adultos mayores cumplan los siguientes pasos: comer despacio y masticar bien los alimentos, para una buena absorción además que deben de comer mucha fibra, fruta y cereales (36).

Los requerimientos nutricionales varían en los adultos mayores es necesario tener en cuenta el estado de salud, su situación social y costumbres, en los adultos mayores de 65 años deben percibir energía (kcal/peso/día) 25-30, es necesario consumir al menos el 50% de carbohidratos, 1-1,25g de proteínas, grasa entre el 25- 30%, agua de 1.5-2L, calcio 1.2mg al día, vitamina B12 2.4 microgramos al día y fibra 28-34g (37).

En la persona adulta mayor los aportes nutricionales de las necesidades calóricas decaen debido al envejecimiento y se relaciona con el grado de movilidad o sedentarismo, además es necesario la ingesta de 5 porciones de alimentos durante el día (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena) es necesario consumir la cantidad adecuada de alimentos ya que una deficiencia o exceso conlleva a desequilibrios nutricionales. Se considera que es necesario consumir porciones recomendadas para las dietas de las personas adultas mayores que son lo siguiente: pan, papa, arroz y fideos de 2-4 porciones al día, verduras más de 2 porciones al día, frutas más de 3 porciones al día, aceites de 3 a 6 porciones al día, leche y sus derivados de 2-4 porciones al día, carnes, huevos y legumbres de 1 -2 porciones al día (38).

3.3.3. Medición del estado nutricional

Para medir el estado nutricional, es necesario utilizar herramientas antropométricas para así determinar la valoración nutricional a través del índice de masa corporal (IMC), dicho ello se realiza a través de la medición de la talla, el peso y la circunferencia abdominal (38).

3.3.3.1. Peso

Es una medida antropométrica que se realiza a través de la balanza y representa la masa corporal, así como músculos, tejido adiposo y hueso, se requiere considerar el sexo, la edad y altura para una mayor precisión del estado nutricional del adulto mayor (39).

3.3.3.2. Talla

Es una medición vertical que se realiza mediante un tallímetro; en los adultos mayores la medición es referencial por la compresión vertebral, los cuales ocasionan una alteración en la medición (38).

3.3.3.3. Perímetro abdominal

Es un procedimiento antropométrico, la cual consiste en medir la circunferencia abdominal; en la etapa de la tercera edad en los adultos mayores la grasa intraabdominal y visceral aumentan; por ende, existe mayor probabilidad de riesgo cardiovascular provocando enfermedades no transmisibles o la muerte. (8).

La (OMS), estima los valores siguientes: en los varones ≥ 94 , en mujeres ≥ 80 , se denomina pre obesidad abdominal y riesgo elevado de mortalidad, así mismo en varones ≥ 102 y en mujeres ≥ 88 de perímetro abdominal se estima obesidad abdominal y elevado riesgo de comorbilidad (40).

IMC: El índice de masa corporal está en relación a la talla y el peso del adulto mayor, consiste en utilizar la fórmula la cual es el peso dividido entre la talla al cuadrado ($IMC = \text{peso (kg)} / [\text{estatura (m)}^2]$) (39).

El Ministerio de Salud menciona los siguientes parámetros en los adultos mayores según la valoración nutricional a través del IMC que son los siguientes: Delgadez: ≤ 23 , normal: ≥ 23 y < 28 , sobrepeso: ≥ 28 y < 32 , obesidad: ≥ 32 (41).

3.3.4. Diagnóstico nutricional en el adulto mayor

3.3.4.1. Desnutrición En El Adulto Mayor

Es una patología causada por la ingesta de alimentos insuficientes y una deficiencia en la absorción de los alimentos, puede producir alteraciones mentales y físicas como también provoca pérdida de la función muscular, masa y peso (34).

La desnutrición se observa a través de la ingesta alimentaria, es decir existe una limitada cantidad de ingesta de alimentos lo cual conlleva lo ya mencionado antes (42).

Los adultos mayores son vulnerables al estado nutricional cuando hay cambios sociales, fisiológicos y psicológicos; los cuales pueden empeorar si hay pérdidas familiares lo cual genera situaciones de soledad y a la vez el surgimiento de enfermedades en el cual se agrava la malnutrición. Existe el riesgo de padecer desnutrición, varía de acuerdo a las condiciones económicas, sociales, educativas y culturales ya que de dichos aspectos depende la posibilidad de estar bien o mal nutrido (43).

3.3.4.2. Obesidad En El Adulto Mayor

Es una enfermedad y se asocia con una excesiva grasa acumulada en el tejido adiposo (44).

La obesidad es causada por problemas sociales, metabólicos, genéticos, endocrinológicos y ambientales. Clínicamente se delimita con el índice de masa corporal (IMC) mayor a 32, no obstante, en adultos mayores es mejor mantener el IMC de 24 a 28 kg/m² (45).

3.4. Rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor

3.4.1. Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Virginia Henderson de profesión Enfermera, realizó aportes de conocimientos de ciencia en enfermería en el cual realiza la teoría de las 14 necesidades y evidencia que la persona es un ser holístico y el cuidado debe ser de manera integral, hace referencia que la función de enfermería es de cuidar al paciente sano o enfermo (29).

Los adultos mayores desarrollan transformaciones a lo largo de su vida, en el cual se evidencia el proceso de desarrollo como el deterioro físico, fisiológico, nutricional además la sensación de aislamiento, el comportamiento cambios sociales y el decremento cognitivo. Es por ello que Virginia Henderson creó el modelo de las 14 necesidades el cual intenta satisfacer plenamente cada una de ellas y de esta manera lograr una independencia satisfactoria. Las 14 necesidades de Virginia Henderson son las siguientes:

1. Respira normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar por todas las vías.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno.

10. Comunicarse con los demás.
11. Actuar de acuerdo con la propia fe.
12. Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender a descubrir o a satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y la salud (46).

3.4.2. Modelo de cuidado integral por ciclo de vida

El modelo del cuidado integral es considerado un derecho fundamental, por ende, el estado peruano debe garantizar el cuidado integral de la persona, familia y comunidad; Además de la gestión de recursos y la gestión sanitaria, así como también las estrategias y los recursos económicos para la salud. Para que de esta manera se pueda brindar cuidado y atención en las diferentes circunstancias del individuo, de este modo mejorar la atención sanitaria de la población del país (47).

3.4.3. Paquete de atención del adulto mayor

La atención integral del adulto mayor se inicia mediante la historia clínica a través del examen clínico, se realiza la valoración del adulto mayor, al menos una vez al año y según los criterios del profesional de salud, se realiza las veces que se requiera. A Través de la valoración clínica del adulto mayor se diagnosticará la condición clínica, el encargado de realizar el plan de atención integral es el profesional de salud el cual debe ser individual y consensuado. las intervenciones que deben integrarse en el plan del cuidado integral de salud del adulto son:

- Actividades de promoción de la salud, prevención de riesgo y daños a la salud.
- Consejería integral de la salud presencial o virtual
- Vacunación acorde al calendario vigente
- Descarte de enfermedades prevalentes en la PAM: Hipertensión, diabetes, riesgo de malnutrición, violencia y entre otros.
- Diagnóstico de las enfermedades
- Tratamiento de las enfermedades diagnósticos
- Intervención de rehabilitación
- Cuidados paliativos (48).

3.5. Intervenciones de Enfermería en el cuidado del adulto mayor

La valoración geriátrica integral, evalúa al adulto mayor a nivel funcional y biopsicosocial para disponer el tratamiento y seguimiento que se realiza. Los siguientes elementos de valoración geriátrica integral son (49).

3.5.1. Valoración clínica

Evalúa enfermedades agudas y crónicas, comorbilidades y antecedentes familiares, adherencia terapéutica. Los adultos mayores comprendidos por patologías propias así además de aspectos sociales los cuales:

- Aspectos clínicos: se destaca el envejecimiento, las comorbilidades y el envejecimiento fisiológico además de los síndromes geriátricos.
- Aspectos sociales: una característica de los adultos mayores es que poseen múltiples comorbilidades por lo cual demandan la mayor parte de servicios de salud (49).

3.5.2. Valoración funcional

Se evalúa al adulto mayor y se obtiene la información necesaria para mantener su independencia en las actividades continuas de la vida diaria (49).

3.5.3. Valoración mental y psicoactiva

Se evalúa el área de la cognición es necesario tomar en cuenta la pérdida de memoria el cual debe ser hallado para de esta manera prevenir y evitar una degeneración del área cognitiva (49).

3.5.4. Valoración social

Evalúa la situación social y familiar de la persona senecta y de esta manera prevenir un riesgo social en los adultos mayores (49).

3.6. Revisión de antecedentes investigativos

3.6.1. A nivel internacional

Chela Romel (13). “Factores Biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor en la comunidad Guapungoto, Cantón, Guaranda”. Ecuador, 2022. Concluye que los factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en el estado nutricional en el adulto mayor siendo el sexo femenino más afectado, entre las edades de 75 a 89 años, el 80% de la población presenta riesgo de mal nutrición, un 13% posee una nutrición normal y el 7% malnutrición, estas son influenciadas por no tener conocimiento acerca de los alimentos o falta de apoyo de familiares a lo que hace referencia que presentan un nivel medio de soledad familiar y social

Montes Laura (50). “Soledad y salud mental en los adultos mayores ámbito comunitario y ámbito residencial”, España 2021. Concluye su trabajo investigativo que casi tres cuartas partes de hogares de la tercera edad que viven solos, en su mayoría son mujeres, en una comparación se demostró que las mujeres tienen la capacidad de vivir solas, a su vez se referencia que la soledad podría estar vinculado a la depresión, los adultos mayores que presenten estas afecciones padecen de una pésima calidad de vida, deterioro cognitivo y deterioro en las relaciones sociales

Pérez Carlos (12). “La soledad, la depresión y otros factores de riesgo de la desnutrición en las personas mayores”, España, 2020. Se concluye que las variables psicosociales cumplen un rol principal en el desarrollo de la desnutrición, sin embargo, se desconoce qué rol cumple la soledad por consiguiente no se puede afirmar que hubiese una relación directa o indirecta de la soledad con la desnutrición

3.6.2. A nivel nacional

Calderón Paola (45). “Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud”, Junín, 2020. Se Concluye que los hábitos alimentarios influyen directamente con el estado nutricional sin embargo no con el nivel de obesidad en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, a la vez arroja cifras que la malnutrición en la edad adulta es más predisponente a acudir a un centro de salud, según la investigación estipula 13.17% tuvieron delgadez, el 45.85% presentaron un estado normal, el 11.71% obtuvieron obesidad, y el 29.27% obtuvieron sobrepeso

Oyarce, Katherine; Requejo, Flor (51). “Nivel de soledad en los adultos mayores no institucionalizados de un centro de Salud en Chorrillos, Lima - Perú, 2023”, lima, 2023. Se concluye que el 25 % de los participantes obtuvo un nivel bajo de soledad, el 65% presentó un nivel medio y el 10% presentó un nivel alto, esto supone que el 65% de la muestra cuenta con el respaldo familiar es significativo porque asegura el envejecimiento positivo.

Montenegro Karen (52). “Soledad y grado de valoración funcional de autocuidado en el adulto mayor entre 60 a 70 años de una zona rural en la ciudad de Cajamarca, 2021”, Cajamarca, 2021. Se concluye de la siguiente investigación que aquellos adultos mayores que poseen un alto nivel de soledad social son más independientes y están enfocados en actividades de programas sociales, sin embargo, cuando el anciano se encuentra en un estado de abandono no desea realizar actividades para su bienestar físico

3.6.3. Nivel local

Chalco, Gabriela; Huayra, Rosario de Fátima (53). “Estrategias de afrontamiento del estrés relacionado a la soledad social en el adulto mayor en un albergue de la sociedad de beneficencia Arequipa-2021”, Arequipa, 2021. Se concluye que en el albergue de sociedad de beneficencia se observó que el 53.3% de los adultos mayores posee un nivel medio de soledad social, el 43.3% soledad social alta y el 3.3% presentaron soledad social baja.

Calderon, Lucero; Vargas, Lissette (8). “Hábitos alimenticios relacionado al estado nutricional del adulto mayor en tiempo de covid-19 en el Centro de Salud Generalísimo San Martín, Arequipa 2021”, Arequipa, 2021”. Se concluye que una gran parte de encuestados se encuentra con sobrepeso con un 47.1%, un buen estado nutricional representó el 34.5%, el 6.9% está representado por una población de adultos mayores de contextura delgada y el 11.5% representa a obesidad en ‘’ personas de tercera edad, por consiguiente se evidenció que los adultos mayores tienen hábitos alimenticios regulares y esto se relaciona ya que una gran parte de entrevistados se mostró que presentan obesidad.

Aquino Khateryn (11). “Estado nutricional según antropometría y mini evaluación nutricional en adultos mayores en consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza-2020”, Arequipa, 2020. Se concluye que el mayor porcentaje de la población está en riesgo de desnutrición 57.2% y desnutrición el 22.8%, sin embargo, comparando el MNA y medidas antropométricas con las características generales encontramos asociación significativa con la edad para el IMC y el MNA, es decir que a mayor edad hay mayor delgadez y el riesgo de desnutrición. En comparación entre el MNA con medidas antropométricas encontramos asociación significativa entre IMC, perímetro braquial, perímetro de pantorrilla y perímetro abdominal, es decir que la situación de delgadez se corresponde con el estado de desnutrición y riesgo de desnutrición

4. Hipótesis

Dado que la soledad se caracteriza por la ausencia de compañía emocional y social; y el estado nutricional es un balance o desbalance entre la ingesta y el gasto calórico de nutrientes esenciales para el organismo del adulto mayor.

Es probable que exista una asociación significativa entre el nivel de soledad y el estado nutricional de los adultos mayores del club de la MicroRed Francisco Bolognesi, Cayma-Arequipa 2024.





1. Técnica e Instrumento

1.1. Técnica

- Para la variable independiente: Nivel de soledad en el adulto mayor, se aplicará la técnica de la entrevista.
- Para la variable dependiente: Estado nutricional, se aplicará la observación directa.

1.2. Instrumento

1.2.1. Para la variable independiente

1.2.1.1. Soledad

Se aplicará la escala de soledad de Gierveld, el cual fue validado para una población peruana por el estudio de Matienzo, Shannon, además se demostró su confiabilidad por medio de alfa de Cronbach de 0.817 (54).

El instrumento consta de dos dimensiones: soledad social y emocional, todo ello establece 11 ítems, primero soledad social consta de los ítems: 1,4,7,8 y 11, seguidamente soledad emocional con los ítems:2,3,5,6,9 y 10, de las cuales las opciones de respuesta son: 1 =No, 2= Mas o menos y 3=si, para ello es necesario que las respuestas seas dicotomizadas.

Se otorga un punto si la opción de respuesta es más o menos o no en los ítems 1, 4, 7, 8 y 11, (inversos) y en los ítems 2, 3, 5, 6, 9 y 10 se les otorga un punto si es más o menos o sí.

Al finalizar se suma el puntaje de los ítems obtenidos para obtener la puntuación total de la escala, esta puntuación oscila entre 0 representando ausencia de soledad y la puntuación 11 mostraría soledad máxima (55).

1.2.1.2. Dimensiones de la soledad

- Soledad social: abarca los ítems 1,4,7,8, y 11
- Soledad emocional: incluye los ítems 2 ,3, 5, 6, 9 y 10 (54).

1.2.1.3. Escala del nivel de soledad de Jong Gierveld

Puntuación:

- No solitario: entre 0 y 2
- Moderado solitario: entre 3 y 8
- Severo solitario: entre 9 y 10
- Muy solitario: 11 (Anexo 3) (54).

1.2.2. Para la variable dependiente

1.2.2.1. Estado nutricional

Se aplicó una ficha de observación, que, por la naturaleza de sus datos, no precisa de validación está recolecta los datos de peso, talla e IMC. (Anexo 4) (7)

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación Espacial

El estudio se realizó en el Centro de salud Francisco Bolognesi, el cual se encuentra ubicado en la calle 20 de Abril N°204, pasaje Francisco Bolognesi en el distrito de Cayma departamento de Arequipa-Perú.

El tipo de Centro de salud es I-3 cuenta con los servicios de: medicina general, psicología, odontología, obstetricia, enfermería, nutrición y laboratorio.

2.2. Ubicación temporal

El estudio es coyuntural para el año 2024 desde el mes de junio a diciembre.

2.3. Unidades de estudio

La unidad de estudio estuvo conformada por los adultos mayores que pertenecen al club del adulto mayor que acuden a la Micro Red Francisco Bolognesi de la ciudad Arequipa distrito de Cayma-2024.

2.3.1. Universo

El universo estará conformado por 68 adultos mayores.

2.3.2. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que deseen participar del estudio
- Adultos mayores que puedan comunicarse verbalmente
- Adultos mayores aparentemente sanos

2.3.3. Criterios de exclusión

- Adultos mayores con patologías que no permitan la alimentación enteral.
- Adultos mayores con patologías que afecten su bienestar mental y cognitivo.
- Adultos mayores que procedan de asilos.
- Adultos mayores que no deseen participar del estudio.
- Adultos mayores que sean quechua hablantes.
- Adultos mayores con discapacidad física.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- Se presentó el proyecto de investigación a la Facultad de Enfermería, para la revisión correspondiente por el jurado dictaminador.
- El proyecto fue presentado a la Dirección de la Micro-Red Francisco Bolognesi, para contar con el permiso respectivo para su aplicación.
- Respecto a la realización del estudio, se aplicó primeramente el consentimiento informado. El instrumento de la variable independiente fue expuesto a la población de estudio, se aclaró las preguntas a los participantes para que así brinde las respuestas necesarias. En cuanto a los datos de la variable dependiente: estado nutricional, se registró a través de una ficha de recolección de datos.
- Para la investigación de los datos presentados, se utilizó el programa estadístico SPSS V.24, la información recolectada fue expuesta en tablas y gráficos (7).

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

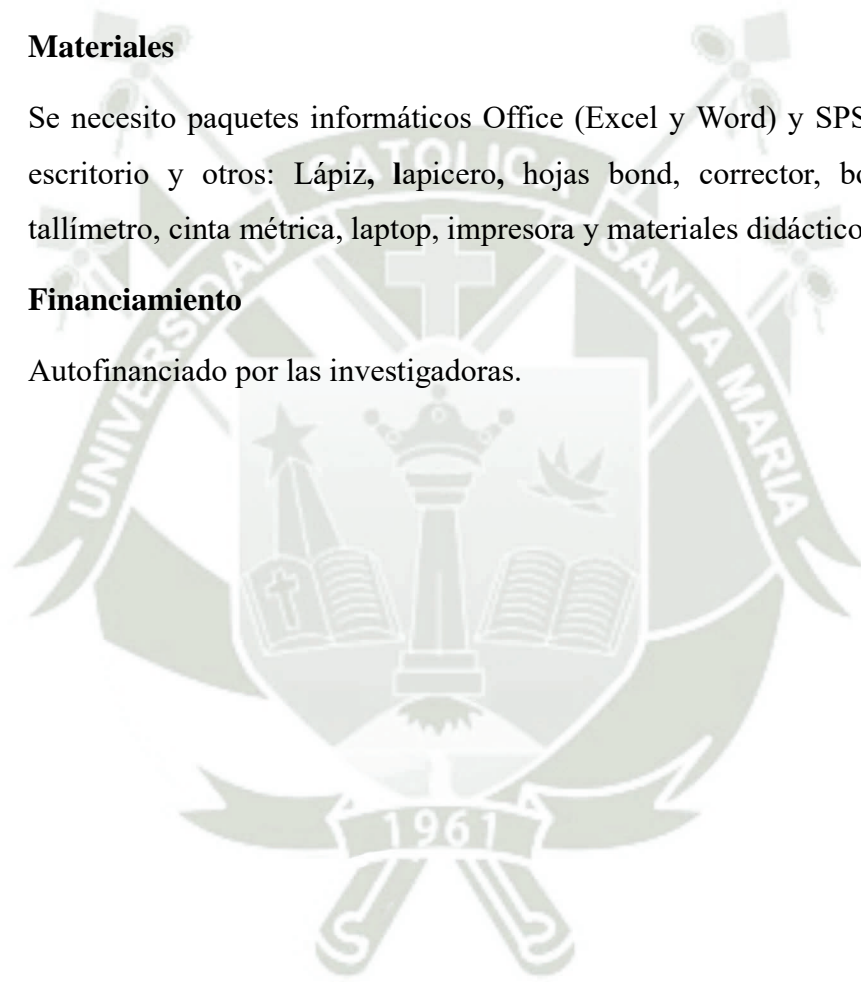
- Investigadoras
- Docente asesor
- Enfermera responsable del programa del Club del adulto mayor del centro de salud francisco Bolognesi.

3.2.2. Materiales

Se necesitan paquetes informáticos Office (Excel y Word) y SPSS. Materiales de escritorio y otros: Lápiz, lapicero, hojas bond, corrector, borrador, balanza, tallímetro, cinta métrica, laptop, impresora y materiales didácticos.

3.2.3. Financiamiento

Autofinanciado por las investigadoras.





CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 2
Adulto mayor según edades

Edades	F	%
60 a 74 años (tercera edad)	38	55.9
75 a 89 años (cuarta edad)	28	41.2
90 a 99 años (longevo)	2	2.9
Más de 100 años (centenarios)	0	0.0
Total	68	100.0

En la tabla 2 se observa la distribución por edad de los adultos mayores de la Microred Francisco Bolognesi en Arequipa para el año 2024. El grupo predominante corresponde a personas de 60 a 74 años (tercera edad), representando el 55.9%. Le sigue el grupo de 75 a 89 años (cuarta edad) con el 41.2%. Los adultos mayores de 90 a 99 años (longevos) constituyen el 2.9%, y no se registran personas centenarias.

Se deduce que más de la mitad de adultos mayores tienen entre 60-74 años de edad.

Figura 1
Adulto mayor según edades

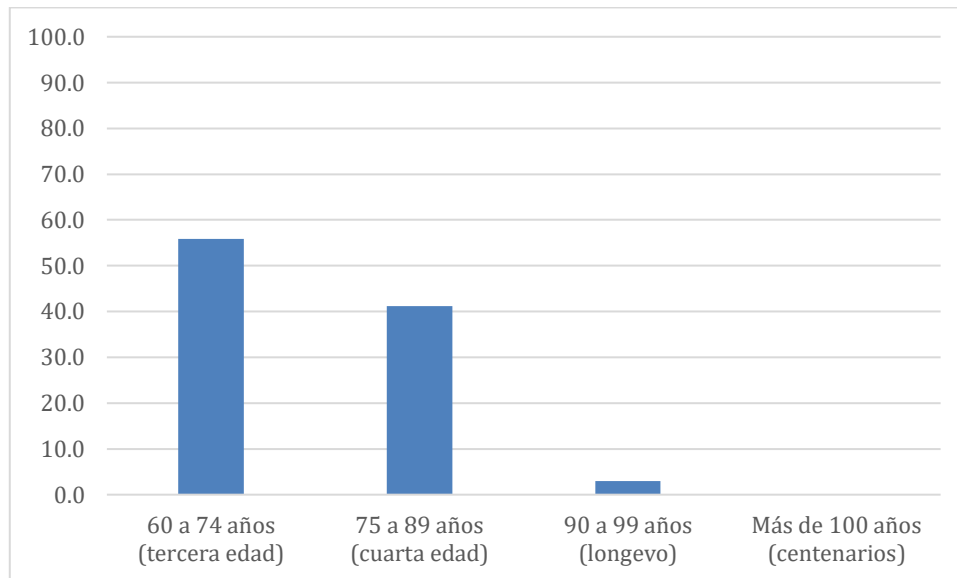


Tabla 3
Adultos Mayores según género

Genero	F	%
Masculino	12	17.6
Femenino	56	82.4
Total	68	100.0

En la tabla 3 se muestra la distribución por género de los adultos mayores de la misma Microred. Predominan las mujeres con un 82.4%, mientras que los hombres representan el 17.6%. De acuerdo con los datos se deduce que más de los tres cuartos de esta población son del sexo femenino.

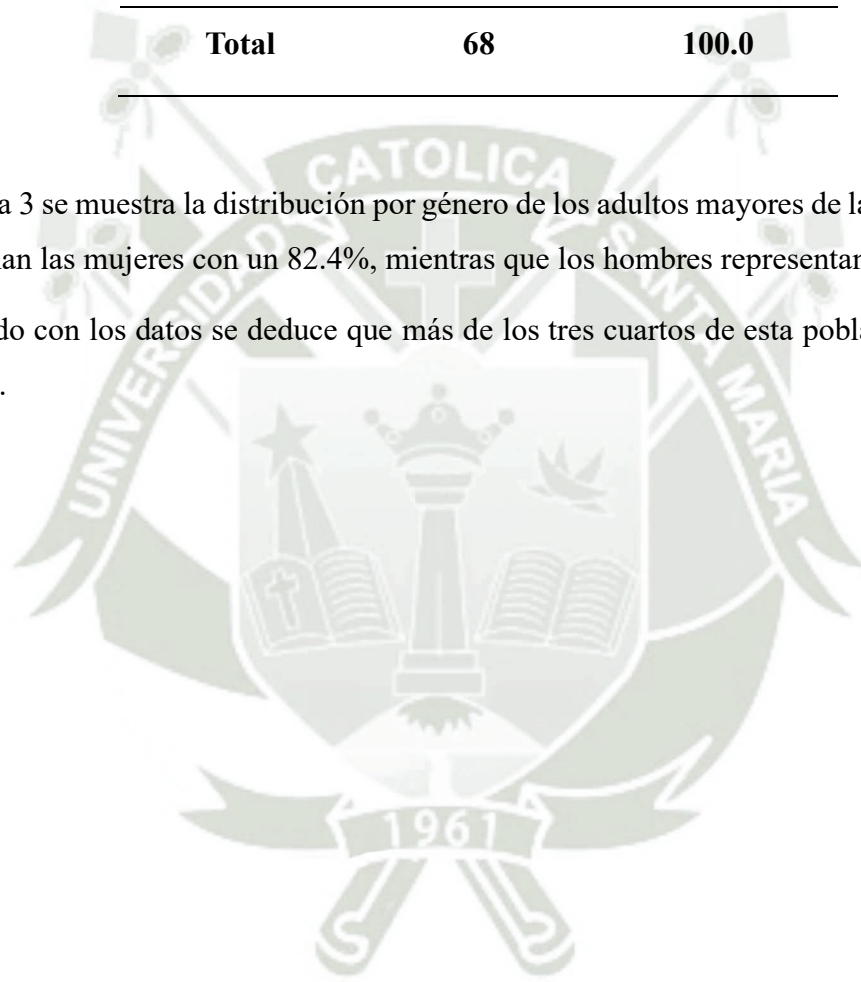


Figura 2
Adulto Mayor según género.

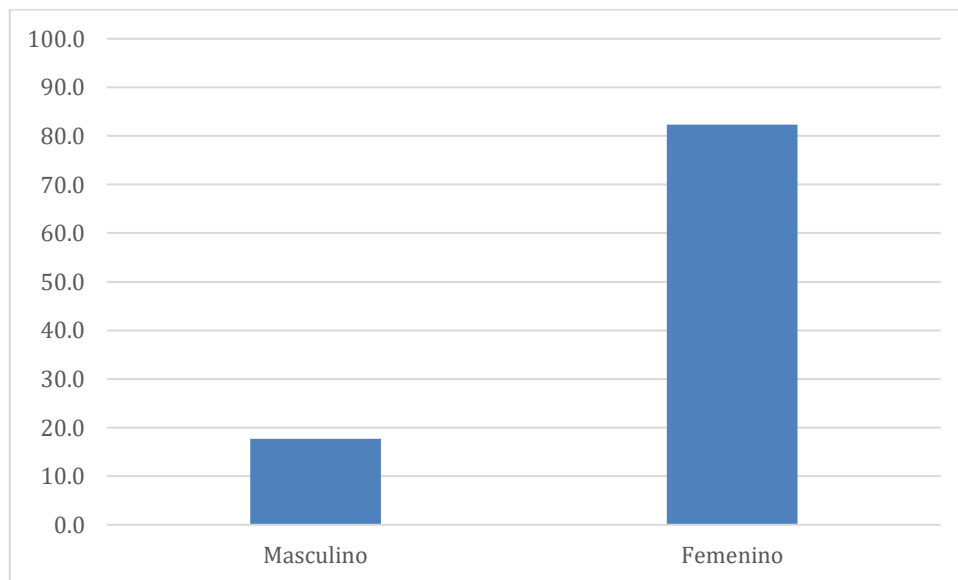


Tabla 4
Adulto Mayor según grado de instrucción

Grado de instrucción	F	%
Sin estudios	23	33.8
Primaria	30	44.1
Secundaria	8	11.8
Superior técnica	4	5.9
Superior universitaria	3	4.4
Total	68	100.0

En la tabla 4 se observa el grado de instrucción de los adultos mayores de la Microred Francisco Bolognesi en Arequipa para el año 2024. El mayor porcentaje corresponde a quienes tienen educación primaria, con un 44.1%, ya que muchos de ellos expresaban que sus padres tenían ideologías antiguas. Le siguen aquellos sin estudios con un 33.8%. El 11.8% alcanzó la secundaria, mientras que el 5.9% cuenta con estudios superiores técnicos y el 4.4% con estudios superiores universitarios.

Según esta tabla se deduce que cerca de la mitad cuenta con educación primaria.

Figura 3
Adulto Mayor según grado de instrucción.

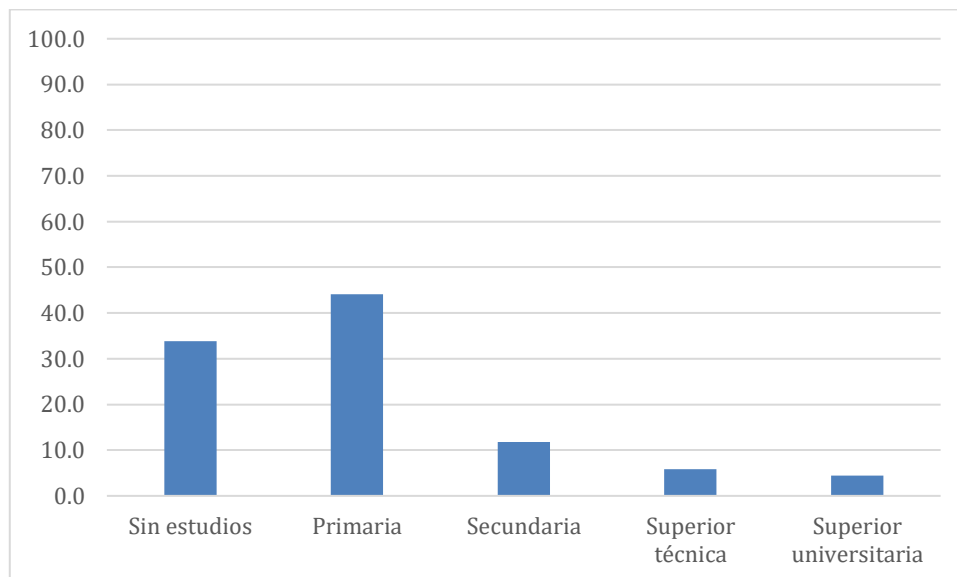


Tabla 5
Adulto Mayor según situación conyugal

Situación conyugal	F	%
Soltero	8	11.8
Casado/conviviente	22	32.4
Divorciado/separado	17	25.0
Viudo	21	30.8
Total	68	100.0

En la tabla 5 se muestra la situación conyugal de los adultos mayores. El mayor porcentaje corresponde a personas casadas o convivientes, con un 32.4%. Les siguen los viudos con un 30.8%, mientras que los divorciados o separados constituyen el 25.0%. Finalmente, los solteros representan el 11.8%.

Se deduce que más de una cuarta parte de este grupo de adultos mayores son convivientes y /o casados.

Figura 4
Situación conyugal del adulto mayor de la Microred Francisco
Bolognesi, Arequipa- 2024.

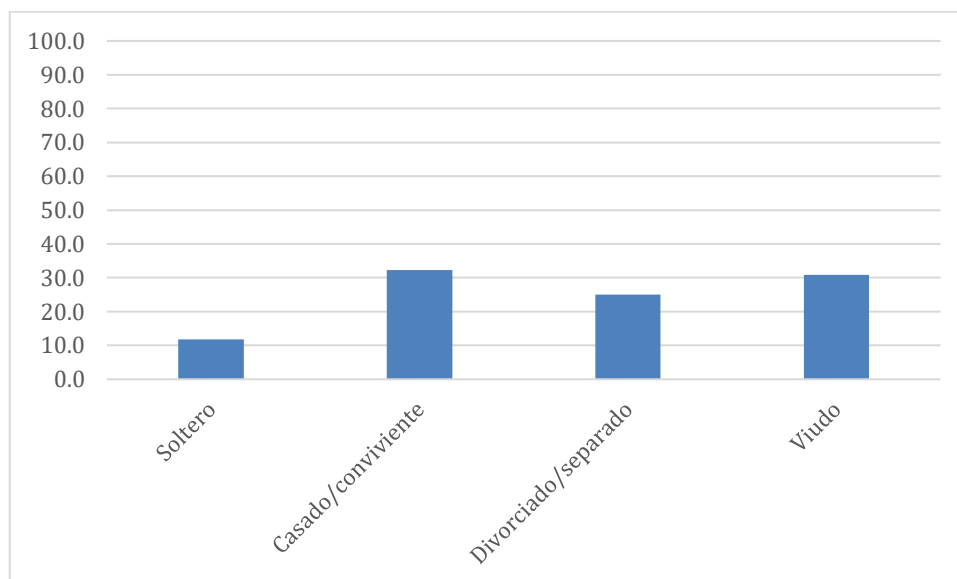


Tabla 6
Adulto Mayor según número de hijos

Número de hijos	F	%
1 a 2 hijos	15	22.1
2 a más	48	70.5
Ninguno	5	7.4
Total	68	100.0

En la tabla 6 se detalla el número de hijos de los adultos mayores. El grupo más numeroso corresponde a quienes tienen dos o más hijos, con un 70.5%. Aquellos con uno o dos hijos representan el 22.1%, mientras que el 7.4% no tiene hijos.

Con los datos obtenidos se deduce que cerca de las tres cuartas partes de esta población de adultos mayores tienen más de dos hijos.

Figura 5
Adulto Mayor según número de hijos

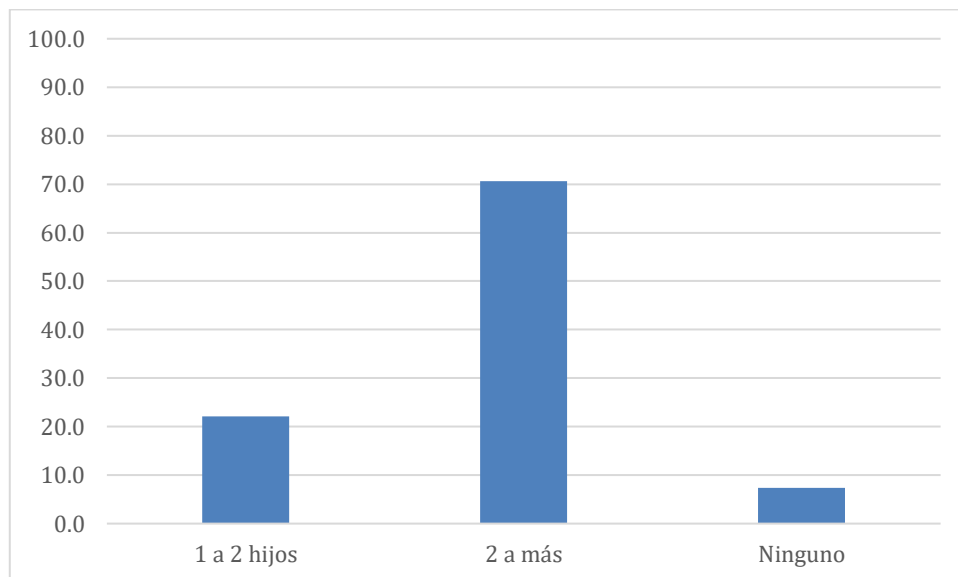


Tabla 7
Adulto mayor según tipo de familia.

Tipo de familia	F	%
Monoparental	36	52.9
Ampliada	1	1.5
Extendida	30	44.1
Reconstituida	1	1.5
Total	68	100.0

En la tabla 7 se presenta el tipo de familia al que pertenecen los adultos mayores. Predomina la familia monoparental con un 52.9%, seguida de la familia extendida con un 44.1%. Los tipos de familia ampliada y reconstituida se registran en menor proporción, cada uno con un 1.5%.

Se deduce que más de la mitad de la población de adultos mayores están constituidos por una familia monoparental.

Figura 6
Adulto Mayor según tipo de familia

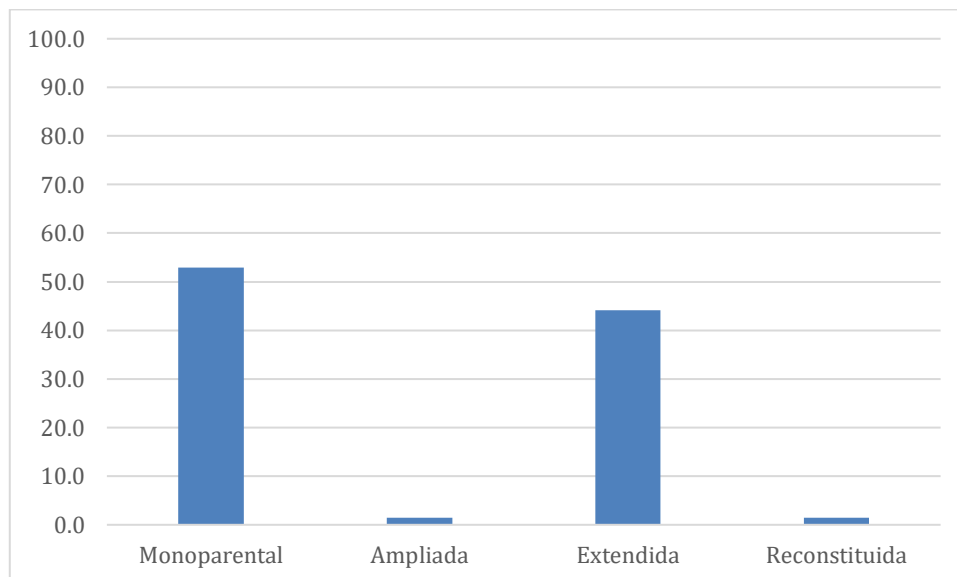


Tabla 8**Nivel de soledad que presentan los adultos mayores.**

Nivel de soledad	F	%
No solitario	6	8.8
Moderado solitario	49	72.1
Severo solitario	13	19.1
Muy solitario	0	0.0
Total	68	100.0

En la tabla 8 se observa el nivel de soledad que presentan los adultos mayores de la Microred Francisco Bolognesi en Arequipa para el año 2024. El grupo predominante es el de personas moderadamente solitarias, con un 72.1%. Le siguen quienes experimentan una soledad severa con un 19.1%, mientras que los no solitarios representan el 8.8%. No se registran casos de adultos mayores muy solitarios.

Según la escala de soledad de Jon Gierveld, se disgrega en cuatro resultados: no solitario: puede tener compañía, pero percibe vacíos emocionales, soledad leve: se percibe cierta insatisfacción en sus relaciones pero no es crítica, soledad moderada: existe una falta importante de apoyo social y emocional; soledad severa refleja un aislamiento significativo tanto en lo social como en el afectivo, estos resultados permite diferenciar que tipo de soledad predomina a su vez clasifica y explica la soledad de manera multidimensional.

Con las tablas obtenidas se deduce que cerca de las tres cuartas partes cuentan con un nivel de soledad moderado solitario y cerca de la cuarta parte presenta severo solitario, ellos refieren que “la mayoría de adultos mayores realizan actividades sociales no solo el que ofrece la Microred, sino otros programas que ofrece el distrito de Cayma. Según Montenegro Karen. manifiesta que un adulto mayor con niveles altos de soledad tiende a participar en actividades sociales, no obstante, un adulto mayor en abandono no desea participar en actividades beneficiosas para su condición física (52).

Figura 7

Nivel de soledad que presentan los adultos mayores.

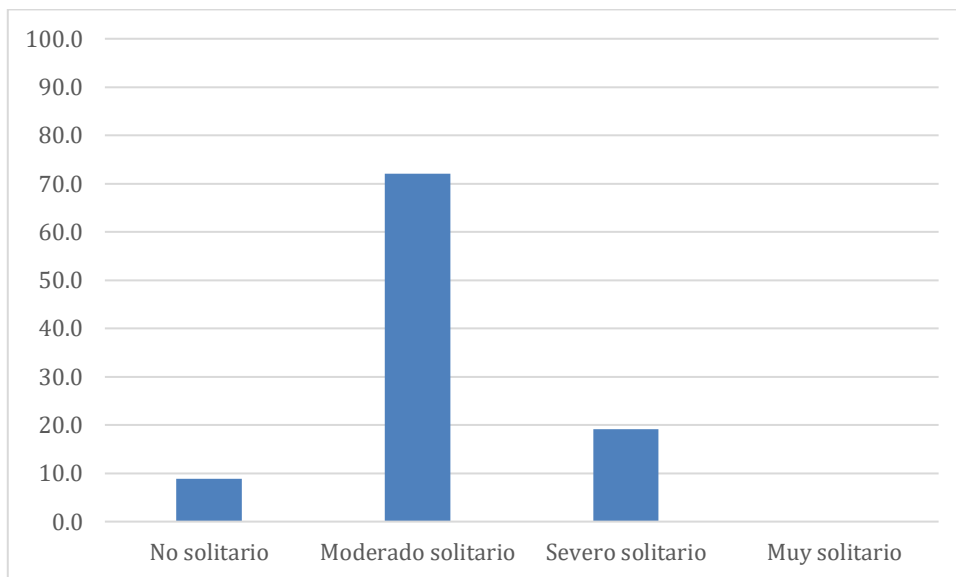


Tabla 9
Estado nutricional según perímetro abdominal.

	Genero				Total		
	Masculino		Femenino		F	%	
	F	%	F	%			
Perímetro abdominal	Bajo	3	4.4	1	1.5	4	5.9
	Alto	5	7.4	13	19.1	18	26.5
	Muy alto	4	5.9	42	61.8	46	67.6
Total	12	17.6	56	82.4	68	100.0	

En la tabla 9 se muestra el estado nutricional según el perímetro abdominal, desagregado por género. La mayoría de los adultos mayores presentan un perímetro abdominal muy alto, con un 67.6% (5.9% hombres y 61.8% mujeres). El 26.5% tiene un perímetro abdominal alto, mientras que solo el 5.9% muestra un perímetro abdominal bajo.

Según la tabla estadística se deduce que más de la mitad cuenta con un perímetro abdominal muy alto presentándose más en el sexo femenino.

Figura 8
Estado nutricional según el indicador perímetro abdominal de los
adultos mayores.

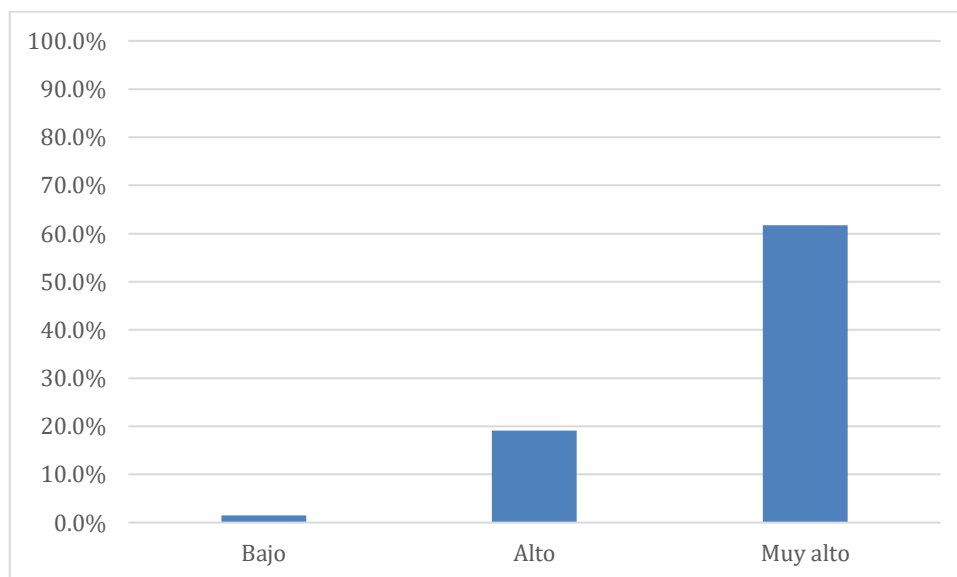


Tabla 10
Estado nutricional según el IMC

IMC	F	%
Delgadez	7	10.3
Normal	27	39.7
Sobrepeso	19	27.9
Obesidad	15	22.1
Total	68	100.0

En la tabla 10 se detalla el estado nutricional según el IMC. El mayor porcentaje corresponde a quienes tienen un IMC normal, con un 39.7%. Les siguen aquellos con sobrepeso (27.9%) y obesidad (22.1%). La delgadez se observa en un 10.3% de los adultos mayores.

Se deduce que más de un cuarto de esta población de adultos mayores presenta un IMC normal; En contraparte hay un pequeño grupo conformado por una cuarta parte de la población con sobrepeso y obesidad. Calderon, lucero; Vargas, Lissette. refieren que los adultos mayores no consumen porciones de alimentos adecuados para su ingesta diaria esto se debe a consecuencia a factores sociales, psicológicos y biológicos (8).

Figura 9

Estado nutricional según el indicador IMC de los adultos mayores

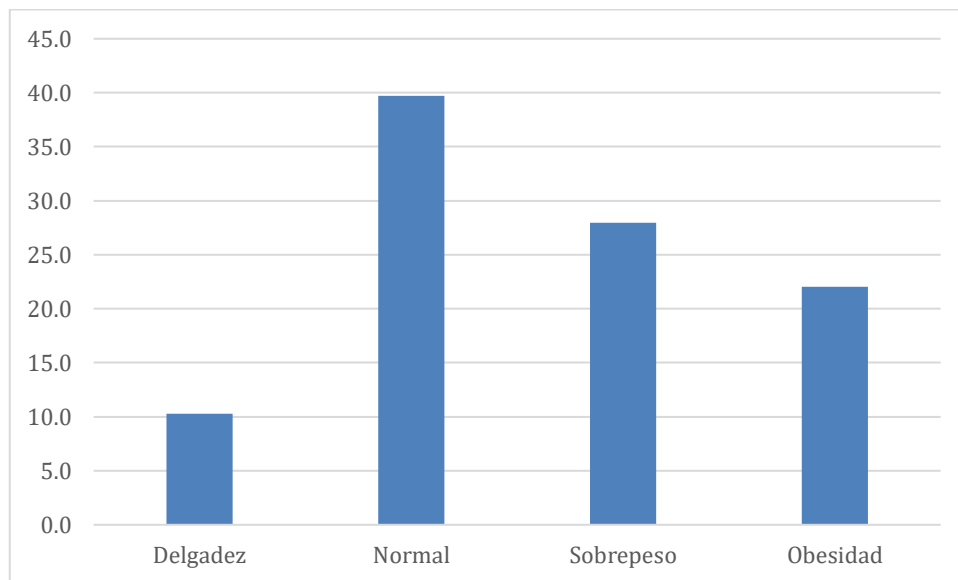


Tabla 11
Relación entre la soledad y el estado nutricional según el indicador perímetro abdominal del adulto mayor

		Soledad en el adulto mayor								Total	
		No solitario		Moderado solitario		Severo solitario		Muy solitario			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Perímetro abdominal	Bajo	1	1.5	3	4.4	0	0.0	0	0.0	4	5.9
	Alto	2	2.9	11	16.2	5	7.4	0	0.0	18	26.5
	Muy alto	3	4.4	35	51.5	8	11.8	0	0.0	46	67.6
Total		6	8.8	49	72.1	13	19.1	0	0.0	68	100.0

$$X^2 = 3,520 \quad p > 0,05 \quad p = 0,475$$

En la tabla 11 se analiza la relación entre la soledad y el estado nutricional según el perímetro abdominal. El mayor porcentaje se encuentra en personas moderadamente solitarias con un perímetro abdominal muy alto (51.5%). Le siguen los severamente solitarios con el mismo indicador (11.8%). No se registran adultos mayores muy solitarios en ninguna categoría de perímetro abdominal. El análisis estadístico no muestra una relación significativa ($p = 0,475$).

Se deduce que más de la mitad de población de adultos mayores presentan moderada soledad con un perímetro abdominal muy alto. Chela R. manifiesta que los factores sociales afectan el estado nutricional del adulto mayor, siendo afectado más el sexo femenino en consecuencia por la deficiencia de apoyo de los familiares o por desconocimientos de los requerimientos nutricionales (12).

Figura 10

**Relación entre la soledad y el estado nutricional según el indicador
perímetro abdominal del adulto mayor**

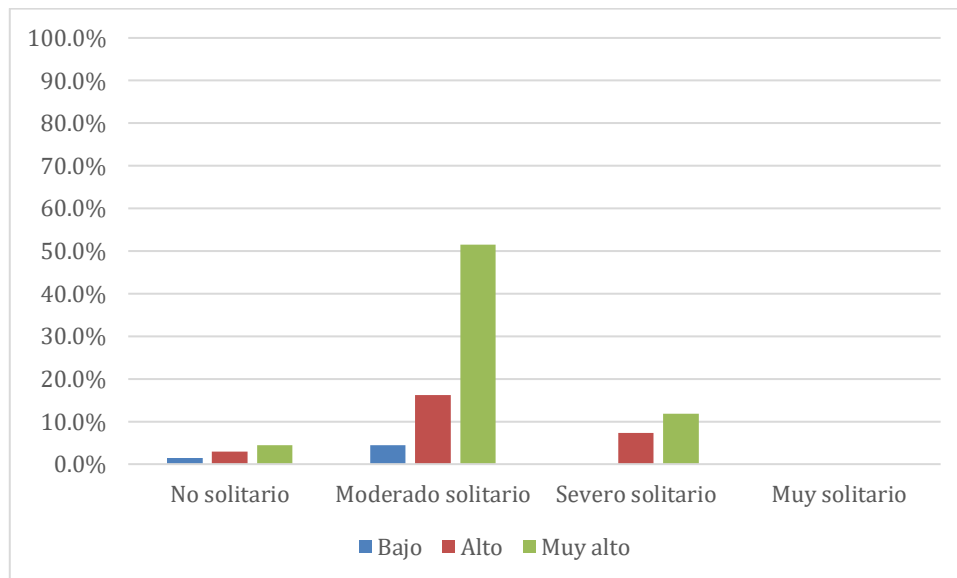


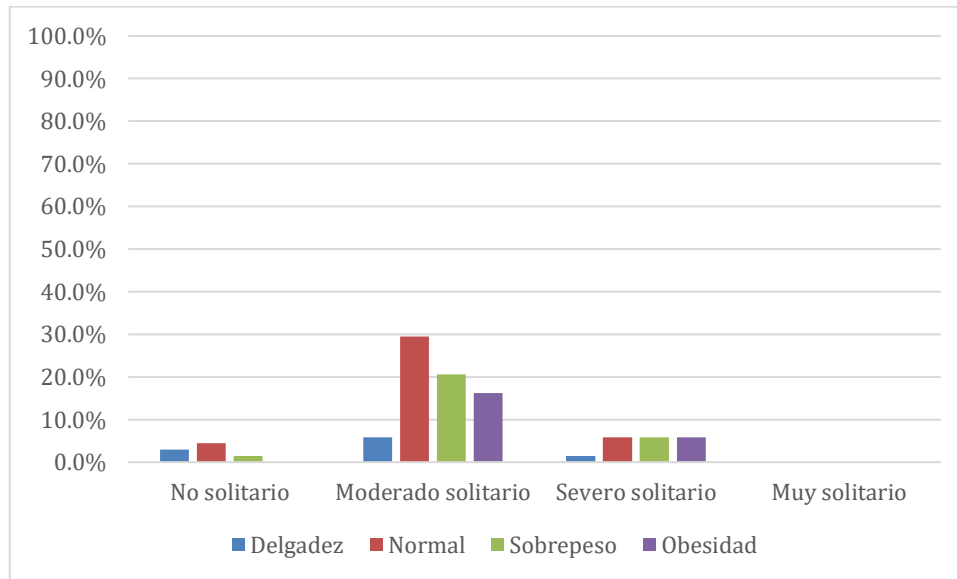
Tabla 12
Relación entre la soledad e IMC

IMC	Soledad en el adulto mayor								Total	
	No solitario		Moderado solitario		Severo solitario		Muy solitario			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Delgadez	2	2.9	4	5.9	1	1.5	0	0.0	7
Normal	3	4.4	20	29.4	4	5.9	0	0.0	27	39.7
Sobrepeso	1	1.5	14	20.6	4	5.9	0	0.0	19	27.9
Obesidad	0	0.0	11	16.2	4	5.9	0	0.0	15	22.1
Total	6	8.8	49	72.1	13	19.1	0	0.0	68	100.0
		$X^2 = 5,923$		$p > 0.05$		$p = 0,432$				

En la tabla 12 se muestra la relación entre la soledad y el estado nutricional según el IMC. La mayor proporción corresponde a adultos moderadamente solitarios con un IMC normal (29.4%). También se observa un porcentaje considerable con sobrepeso (20.6%) y obesidad (16.2%). Nuevamente, no se registran adultos muy solitarios. El análisis estadístico indica que no existe una relación significativa ($p = 0,432$).

Se deduce que mas de un cuarto de esta población de adultos mayores presenta moderada soledad, con un IMC normal, no obstante se observa en la tabla que el sobrepeso se encuentra cerca de un cuarto y la obesidad mas de un octavo.

Figura 11
Relación entre la soledad y el estado nutricional según el indicador
IMC del adulto mayor



DISCUSIÓN

La presente investigación titulada “Soledad en el adulto mayor y su asociación con el estado nutricional en la Microred Francisco Bolognesi Arequipa-2024”, presenta una población de 68 de adultos mayores entre varones y mujeres que tienen 60-74 años de edad (55.9%), de 75-89 años (41.2%) y de 90-99 años (2.9%), por otro lado, se encontró en el estudio que no existe relación significativa entre soledad y el estado nutricional. Por ende, se profundiza los resultados obtenidos, comparando con otras investigaciones similares.

En cuanto al primer objetivo sobre el nivel, de soledad, se identificó que los adultos mayores presentan moderada soledad con (72.1%), y severo solitario con (19.1%), estos resultados se asemejan a Oyarce, Katherine; Requejo, Flor donde el 68.8 % presenta soledad emocional y soledad social media con 57.5%, además, señala que la soledad es la falta de relaciones y cuando no existe ello, se genera un sentimiento de aislamiento por no pertenecer a un grupo social y esta acciones repercuten el grado de soledad ya que a mayor frecuencia los grupos sociales es menor la sensación de soledad (51). Por otra parte, en la investigación de Flores, Kelly; Ramos, Anthony, sus resultados obtenidos del nivel de soledad es medio con 70% y la soledad alta es de 29% a pesar de no a ver mucha diferencia en el nivel soledad, los autores concuerdan con nuestros hallazgos (25).

Respecto el segundo objetivo sobre la identificación del estado nutricional, se encontró que los adultos mayores presentan un perímetro abdominal muy alto con (67.6%), siendo mayor en el sexo femenino con (61.8%) y en el masculino (5.9%), en cuanto al IMC encontramos que el (39.7%) es normal su IMC. En contraste con otro estudio de Calderón, Lucero; Vargas, Lissette en Arequipa, se encontró que el 47.1% tiene sobre peso, con una población de 87 adultos mayores (8). Además, en otro estudio hecho por Calderón Paola. en Junín, se evidenció que en un (45%) presentan un IMC normal y obesidad con un 11.7% en cual concluye que los hábitos alimenticios van a influir en el estado nutricional del adulto mayor (45).

Finalmente, el tercer objetivo responde a que no existe una relación significativa entre el nivel de soledad y estado nutricional, sin embargo, en otras investigaciones se mostró discrepancia al compararse con el análisis de estudio de Chela Romel, de Ecuador que concluye que si existen factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional, además refieren que existen más factores que afecten directamente el estado nutricional y no solo la soledad (13).

En otro estudio hecho por Gyasi et al. En África occidental, determinaron que, a mayor nivel de la inseguridad alimentaria, mayores eran los niveles de soledad, demostrando así que, si existe una asociación significativa, estas discrepancias podría deberse al tamaño de la muestra, la edad, el sexo, la cultura, el país de origen y las limitaciones funcionales (56).

Por lo tanto, debe tener en cuenta que los resultados pueden variar según el contexto social, el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica, ya que en este caso la investigación se realizó con adultos mayores que pertenecen a un grupo social determinado, cuyas condiciones ya anteriormente mencionadas, podrían no coincidir con las otras investigaciones.

Por ende, en el resultado de este estudio se determina que la soledad no es un determinante claro del estado nutricional, sin embargo, es posible que otros factores influyan directamente como: los factores económicos, condiciones de salud, hábitos alimentarios y redes de apoyo, así mismo pudo haber influido en la variabilidad por la metodología empleada incluyendo el instrumento del nivel de soledad y el estado nutricional. Es necesario recalcar que el tamaño de una población, la cultura, y el estado económico, puede ser un factor para una discrepancia.

Finalmente es importante seguir investigando a profundidad los problemas sociales ya que podría ser un riesgo silencioso para el estado nutricional de los adultos mayores, la investigación destaca importancia para seguir investigando la realidad de cada localidad y evitar generalizaciones que podrían no ajustarse a su situación actual.

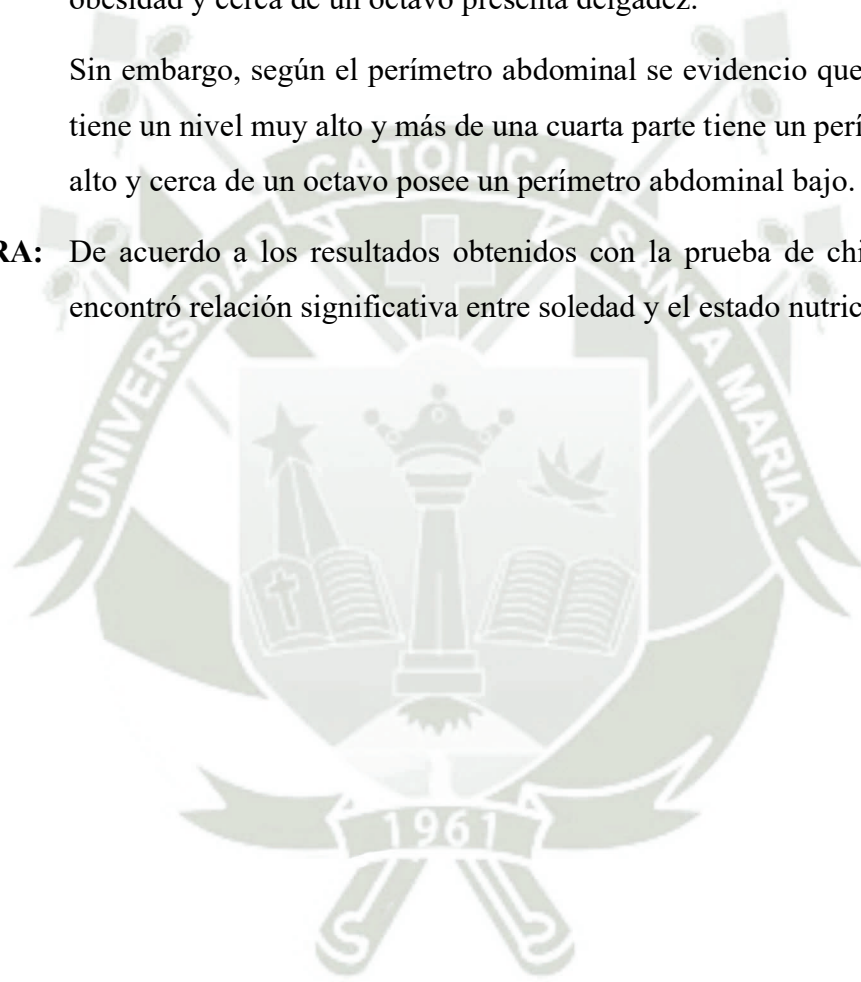
CONCLUSIONES

PRIMERA: Cerca de las tres cuartas partes de adulto mayores presentan moderada soledad, cerca de un cuarto presenta severa soledad y menos de una cuarta parte no presentan soledad.

SEGUNDA: Cerca de la mitad de adultos mayores presentan un IMC normal, asimismo se observa que más de la cuarta parte presenta sobrepeso, cerca de un cuarto tienen obesidad y cerca de un octavo presenta delgadez.

Sin embargo, según el perímetro abdominal se evidencio que más de la mitad tiene un nivel muy alto y más de una cuarta parte tiene un perímetro abdominal alto y cerca de un octavo posee un perímetro abdominal bajo.

TERCERA: De acuerdo a los resultados obtenidos con la prueba de chi cuadrado no se encontró relación significativa entre soledad y el estado nutricional.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se sugiere al jefe de la Micro-Red Francisco Bolognesi realizar coordinaciones con el programa “Vida activa” que se encarga de realizar actividades físicas, recreativas y deportivas; y de esta manera promover un envejecimiento digno, saludable y activo para el beneficio de los adultos mayores.

SEGUNDA: A la Licenciada encargada del programa del adulto mayor de la Micro-Red Francisco Bolognesi, promover la participación de los familiares más allegados en las actividades que se realiza, para fortalecer los lazos familiares, así mismo concientizar acerca del autocuidado nutricional y a la vez estimular la adopción de hábitos alimenticios saludables para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. García et al. Estado nutricional en adultos mayores y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles. Medimay. 2021; 28(4): 512-522.
3. Asenjo J. Estado nutricional según características demográficas de adultos mayores peruanos. Revista Finlay. 2022; 12(1): 51-56 Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1060/2087>.
4. Cárdenas et al. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos de la ciudad de Arequipa, Perú. Nutr Clín Diet Hosp. 2022; 42(1): 160-168.
5. Claramonte B. Factores sociodemográficos y sanitarios de la soledad en adultos mayores de la región de Murcia: [Tesis Doctoral]; 2023.
6. Neira F, Simbala F. Relación del apoyo social con los niveles de soledad social en los adultos mayores del centro integral de la municipalidad de Cayma - Arequipa, 2020: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2021 Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f0055094-53b0-4e98-b19a-6be6f48f4c28/content>.
7. Hernandez et al. Metodología de La Investigación: Mcgraw-Hill; 2014.
8. Calderon 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: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2021 Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/69514/Calder%c3%b3n_RL_R-Vargas_CLL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Bravo et al. Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos. Rev Chil Nutr. 2021; 48(5): 741-747 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182021000500741&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
10. Panduro L. Factores asociados al estado nutricional del adulto mayor atendido en la IPRESS 1-3 Belén de Villa Belén 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en

Enfermería]; 2021 Disponible en:
<http://repositorio.ucp.edu.pe:8080/server/api/core/bitstreams/bc42a645-4dcd-424c-8cd6-7277016762e9/content>.

11. Aquino K. Estado nutricional según antropometría y mini evaluación nutricional en adultos mayores en consulta externa del hospital regional Honorio delgado Espinoza, 2020: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2020 Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5f2055b7-e95b-4d36-acd3-a9c60d1af4bc/content>.
12. Pérez C. La soledad, la depresión y otros factores de riesgo de la desnutrición en las personas mayores: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]; 2020 Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41924/TFG-H1924.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Chela R. Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor en la comunidad Guapungoto, cantón Guaranda, 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]; 2022 Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/8015/1/UPSE-TEN-2022-0055.pdf>.
14. Acera M. Características de la tercera edad: ¿cómo son nuestros mayores? [Online]; 2023. Available from: <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/caracteristicas-tercera-edad>.
15. Surichaqui , Mori. Estilo de Vida y su Relación con el Estado Nutricional en pacientes Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el Hospitalde Huaycánde Lima. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023; 7(4): 9069-9089 Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7609/11539>.
16. Santos MA. Investigación sobre la efectividad del ejercicio en la mejora de la calidad de sueño en adultos mayores. Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano. 2022; 3(2): 64--79.
17. Queralt M. Cambios en el sistema digestivo en el adulto mayor. [Online]; 2021. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/aparato-digestivo/>.
18. Hernández Vergel VK, Solano Pinto N, Ramirez Leal P. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. Revista venezolana de gerencia. 2021; 26(95): 530--543.

19. García L. Cambios psicológicos en la vejez. [Online].; 2023. Available from: <https://www.cuidum.com/blog/cambios-psicologicos-en-la-vejez/>.
20. Aranda , Pérez. Exploración del significado de vejez y envejecimiento en el adulto mayor. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2021; 24(2): 675--697.
21. Ojediz ME. Gerontología y biología celular: Investigación sobre el envejecimiento celular y su relación con la salud en general así como posibles estrategias para promover la salud y el bienestar en personas de edad avanzada. RECIMUNDO. 2023; 7(4): 66--74.
22. Terrazas B, Rojas D. De la soledad a la soledad. [Online].; 2020. Available from: https://unamglobal.unam.mx/global_revista/de-la-soledad-a-la-soledad/.
23. Petite et al. A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. Open Psychol J. 2015; 8(2): 113-32.
24. Garza et al. Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. Acta Colombiana de Psicología Acta Colombiana de Psicología. 2020; 23(1): 106-116 Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/64080/3133-Texto%20del%20art%0c3%adculo-19278-1-10-20200116.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Flores K, Ramos A. Nivel de soledad del adulto mayor del Centro Integral Adulto Mayor- CIAM Municipalidad de Mariano Melgar 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]; 2021 Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/70743/Flores_BKR-Ramos_CAM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
26. Laura FJ. Estabilidad emocional y sentimiento de soledad en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología]; 2022 Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2734/Laura-Ruiz-Fernando.pdf?sequence=4>.
27. Zamorano E. Los tres tipos de soledad que existen y cómo combatirlos. [Online].; 2020. Available from: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-07-06/soledad-tres-tipos-mente-emociones-combatir_2659844/.
28. Bellegarde et al. la soledad en personas mayores: una revisión bibliográfica; 2013.
29. Carballo N. Soledad en el adulto mayor: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2021 Disponible en:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/27050/Soledad%20en%20el%20adulto%20mayor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

30. Camargo C, Chavarro D. El sentimiento de soledad en la población adulta mayor participante en centros de día en Bogotá, Colombia. Horizonte Médico. 2023; 23(2).
31. Acosta M. Salud mental de los adultos mayores: la soledad y el aislamiento social como factores de riesgo. [Online].; 2024. Available from: <https://elcomercio.pe/lima/salud-mental-de-los-adultos-mayores-la-soledad-y-el-aislamiento-social-como-factores-de-riesgo-cuidado-ancianos-tratamiento-trastornos-mentales-poblacion-de-riesgo-atencion-noticia/>.
32. Jimenez M. 10 consejos para cuidar la salud emocional en el adulto mayor. [Online].; 2023. Available from: <https://blog.qida.es/10-consejos-salud-emocional-en-el-adulto-mayor/>.
33. Carrillo E, Espinoza N. Conocimientos y actitudes del adulto mayor sobre la alimentación saludable del centro poblado Virgen de las Mercedes, Supe - 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2022 Disponible en: <https://repositorio.unab.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/1bb82f6a-7d71-46a8-97f4-30e412fb621d/content>.
34. Armas Y. Programa educativo sobre alimentación saludable dirigido a los adultos mayores, comunidad de Totorá, Provincia de Chimborazo. periodo Abril- septiembre 2022: [Tesis para optar el Grado Académico de Licenciada en Promoción y Cuidados de la Salud]; 2022 Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/19846/1/104T0185.pdf>.
35. Orellana S. Alimentación saludable del adulto mayor en el centro de Salud Boca de Caña, del cantón Samborondón: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2014.
36. Galarza M. Mayores del Programa 60 y Piquito en el centro del Distrito Metropolitano de Quito del sector Norte: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición Humana]; 2014.
37. Ribera J. Nutrición en personas mayores. Manual de practica de nutrición y salud. 2012;; 223-238 Disponible en: https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_14.pdf.

38. Salazar MdC, Carrera K. Manual de Nutrición en personas adultas mayores; 2023 Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/895465/ManualNutricio_nPAMS.pdf.
39. Edquen K, Diaz A. Situación sociofamiliar y estado nutricional en el adulto mayor del centro de salud huambos, chota – 2023: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2023 Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ca8f1de3-fb67-40d4-a26f-59855c9bdfb7/content>.
40. Organización Mundial de la Salud. Obesidad: prevención y gestión de la epidemia mundial; 2018.
41. Ministerio de Salud. Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa. Etapa de Vida Adulto Mayor; 2020 Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4941.pdf>.
42. Castillo I. Falla geriátrica para progresar: asociación con desnutrición, deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores de residencias geriátricas: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición Humana]; 2020 Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/26027/1/cbs1972857.pdf>.
43. Santana et al. Asociación entre las enfermedades orales y la desnutrición en el adulto mayor. Rev meduas. 2023; 13(1): 90- 107 Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Mercedes-Bermudez/publication/371053002_Asociacion_entre_las_enfermedades_orales_y_la_desnutricion_en_el_adulto_mayor/links/647196e76fb1d1682b0d31c0/Asociacion-entre-las-enfermedades-orales-y-la-desnutricion-en-el-adul.
44. Ramirez et al. Obesidad en los adultos mayores, riesgos y consecuencias. Reci Amuc. 2022; 6(1): 319-331 Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/796/1187>.
45. Calderon P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud, Junín, Perú 2020: [Tesis para obtener el Grado Académico de Doctor en Salud]; 2021 Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/bc2f57f4-390b-4627-980e-a6845b8987a2/content>.

46. Diaz M. Valoración del riesgo nutricional y calidad de vida de los adultos mayores sector de tierra prometida comatrana Ica Año 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2022 Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/990fd098-a929-435a-93de-e48aa73f1ab6/content>.
47. Ministerio de Salud. Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida; 2020 Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755>.
48. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores; 2023 Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-789-2023-MINSA-MOD-RM-948-2023.pdf>.
49. Huaman J. Valoración geriátrica integral en el paciente adulto mayor unidad de geriatría de medicina interna Hospital nacional Edgardo Rebagliatti Martin 2018: [Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Geriatría]; 2021 Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9199/huaman_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
50. Montes L. Soledad y salud mental en los adultos mayores: ámbito comunitario versus ámbito residencial: [Tesis Doctoral]; 2021 Disponible en: <https://zaguán.unizar.es/record/107365/files/TESIS-2021-262.pdf>.
51. Oyarce K, Requejo F. Nivel de soledad en adultos mayores no institucionalizados de un centro de salud Chorrillos, Lima - Perú 2023: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2023 Disponible en: https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/35226/TESIS%20OYARCE_REQUEJO30-08%20PARA%20TURNITIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
52. Montenegro K. Soledad y grado de valoración funcionalidad de autocuidado en el adulto mayor entre 60 a 70 años de una zona rural de la ciudad Cajamarca, 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología]; 2021 Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/30402/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
53. Chalco G, Huayra RdF. Estrategias de afrontamiento al estrés relacionado a la soledad social del adulto mayor en un albergue de la sociedad de beneficencia Arequipa- 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2022 Disponible en:

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8ef3271b-c444-427c-8704-f7bfe86907e5/content>.

54. Matienzo S. Ansiedad ante la muerte y soledad en adultos mayores de Lima Metropolitana, 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología]; 2021 Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/72852/Mattienzo_VSK-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
55. Trujillo et al. Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto. Revista Científica Eureka. 2021; 18(1): 257-271.
56. Gyasi et al. Cross-sectional association of food insecurity with loneliness in older adults: The role of sex, age, and psychosomatic factors. The Journal of nutrition, health and aging. 2024; 28(9): 100328.
57. Pinilla et al. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros Día. Revista Salud Uninorte. 2021; 37(2): 488-505 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v37n2/2011-7531-sun-37-02-488.pdf>.
58. Rebatta A. Asociación de la circunferencia abdominal y el índice cintura estatura con la presión arterial en población peruana de 18-60 años: Análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2024 Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c17e3430-2be1-44cf-b91c-e75a48d7d92e/content>.



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el documento que se consigna como consentimiento informado, se expone que el presente estudio titulado: NIVEL DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN LA MICRORED CAYMA, AREQUIPA- 2024, es una investigación que se realiza con el objetivo de conocer cómo se presenta la soledad y además determinar la relación de esta con el estado nutricional, así mismo se recalca que este estudio es anónimo y que los datos que se brindan son estrictamente confidenciales.

Por lo cual, Yo _____, identificado con DNI: _____, Pertenciente al club del adulto mayor de la Micro Red Francisco Bolognesi, mediante este documento confirmo mi participación en el presente estudio señalando que no he sido obligado mediante ningún aspecto de presión.

Arequipa ____, ____ del 2024

APARTADO PARA LA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo,.....revoco el consentimiento de participación en el proceso, anteriormente ya firmado.

.....

Firma o huella de la revocación

ANEXO 2

FICHA DE OBSERVACION DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones: Apreciado(a) participante, seguidamente se presentará una serie de enunciados, por favor, lea cuidadosamente cada opción y marque la alternativa que sea más apropiada para usted.

Edad:
Genero	Masculino: () femenino ()
Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none">- Primaria ()- Secundaria ()- Superior técnico ()- Superior universitario ()
Situación conyugal	<ul style="list-style-type: none">- Soltero ()- Casado/conviviente ()- Divorciado/ separado ()- Viudo ()
Número de hijos	<ul style="list-style-type: none">- 1-2 hijos ()- 2 a mas ()- Ninguno ()
Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none">- Monoparental ()- Ampliada ()- Extendida ()- Reconstituida ()

ANEXO 3

ESCALA DE SOLEDAD DE JONG GIEVELD

SITUACIONES	NO 1	MAS O MENOS 2	SI 3
1. Siempre hay alguna persona con quien pueda hablar de mis problemas.			
2. Extraño tener un(a) buen (a) amigo (a) verdadero (a).			
3. Siente una sensación de vacío a su alrededor.			
4. Hay suficientes personas a las que puedo buscar en caso de problemas.			
5. Extraño la compañía de otras personas.			
6. Pienso que la cantidad de amigos (as) que tengo son pocos.			
7. Tengo mucha gente en la que puedo confiar completamente.			
8. Tengo muchas personas en las que puedo confiar mucho.			
9. Extraño tener personas a mi alrededor.			
10. Me siento solo (a) casi siempre.			
11. Puedo contar con mis amigos (as) siempre que lo necesite.			

Nota: Matienzo, (54).

ANEXO 4

FICHA DE OBSERVACIÓN ESTADO NUTRICIONAL

N°	NOMBRE	EDAD	PESO	TALL A	P/A	IM C	DIAGNOSTIC O NUTRICIONA L
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7...						

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Delgadez	≤ 23 kg
Normal	$\geq 23 <$ a 28
Sobrepeso	$\geq 28 <$ a 32kg
obesidad	≥ 32 kg

Perímetro abdominal

	Varón	Mujer
Bajo	< 94 cm	< 80 cm
Alto	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Muy alto	≥ 102 cm	≥ 88 cm

Nota: Ministerio de Salud, (41).

ANEXO 5
CONSTANCIA DE LA MICRORED DE SALUD FRANCISCO
BOLOGNESI

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

Ayacucho"



CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, PERTENECIENTE A LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

HACE CONSTAR QUE:

ANGIE MALU OCHOA TAIPE

Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María ha aplicado en las Instalaciones del Centro de Salud Francisco Bolognesi - Micro Red Francisco Bolognesi el Instrumento de Proyecto de Tesis titulado: **SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN LA MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA – 2024** en el tiempo solicitado.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines pertinentes.

Arequipa, 30 de Noviembre del 2024.



- LAFM/abc,
- CC.: Secretaria M.R.
Archivo.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI
Luis Augusto Flores Melgar
MG. Q.F. Luis Augusto Flores Melgar
C. Q. P. 01071
Jefe de la Micro Red de Salud Francisco Bolognesi

MICRO RED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA
Calle 20 de abril 204 Francisco Bolognesi Cayma
Telf. y Fax 459180

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



CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, PERTENECIENTE A LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

HACE CONSTAR QUE:

DENIA BRISA LAIME GARCÍA

Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María ha aplicado en las Instalaciones del Centro de Salud Francisco Bolognesi - Micro Red Francisco Bolognesi el Instrumento de Proyecto de Tesis titulado: **SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN LA MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA – 2024** en el tiempo solicitado.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines pertinentes.

Arequipa, 30 de Noviembre del 2024.

- LAFM/abc.
- CC.: Secretaria M.R. Archivo.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI

[Firma]
MG. Q. F. Luis Augusto Flores Melgar
C. D.F.P. 01073
Jefe de la Micro Red de Salud Francisco Bolognesi

MICRO RED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA
Calle 20 de abril 204 Francisco Bolognesi-Cayma
Telf. y Fax 459180

ANEXO 6
MATRIZ DE DATOS

ESCALA DE SOLEDAD DE JONG GIEVELD [11 Puedo contar con mis amigos (as) siempre que lo necesite.]	PESO	TALLA	PERIMETRO ABDOMINAL P/A	IMC	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL
MAS O MENOS	61	1.4	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	31.1	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
SI	61	1.5	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	27.1	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	72	1.62,5	VARON Muy alto: > igual 102 cm	44.4	OBESIDAD \geq 32 kg /m ²
SI	40	1.5	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	17.7	DELGADEZ \leq 23 kg/m ²
SI	44	1.32	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	25.2	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	51	1.38	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	27	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	68	1.4	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	35	OBESIDAD \geq 32 kg /m ²
SI	54	1.37,5	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	29	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	61	1.49	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	27.4	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	61	1.45,5	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	29	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
SI	73.5	1.5	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	33	OBESIDAD \geq 32 kg /m ²
SI	72	1.53,5	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	30.7	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	61	1.58,5	VARON - Alto: > igual a 94 cm	24.4	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	57	1.40,5	VARON - Alto: > igual a 94 cm	29	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
SI	65	1.55	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	27	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	59	1.42,2	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	29.3	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	84	1.51	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	37	OBESIDAD \geq 32 kg /m ²
SI	41	1.43	MUJER Alto: >igual a 80 cm	20	DELGADEZ \leq 23 kg/m ²
NO	53	138	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	27,9	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	57.5	139	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	30,3	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
SI	51.5	141	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	25.8	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	61	143	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	30.5	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	59.5	142	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	29.8	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	72	137	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	37.9	OBESIDAD \geq 32 kg /m ²
SI	59	150	MUJER Bajo: < a 80 cm	25.7	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	59.5	152	MUJER Alto: >igual a 80 cm	25.9	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²

SI	83.2	151	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	36.2	OBESIDAD \geq 32 kg/m ²
NO	47	140	MUJER Alto: >igual a 80 cm	23.5	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	57	156	VARON - Alto: > igual a 94 cm	23.8	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	58	144	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	29	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	57.5	136	MUJER Alto: >igual a 80 cm	31.9	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
SI	45.5	136	MUJER Alto: >igual a 80 cm	25.2	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	56.5	151	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	24.6	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	57	139	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	30	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	70	136	MUJER Alto: >igual a 80 cm	22.8	DELGADEZ \leq 23 kg/m ²
NO	50	138	MUJER Alto: >igual a 80 cm	26.3	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	74.5	1.3	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	44	OBESIDAD \geq 32 kg/m ²
NO	74	1.46	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	34.7	OBESIDAD \geq 32 kg/m ²
SI	48.5	1.41	MUJER Alto: >igual a 80 cm	24.4	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	75	1.51	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	32.8	OBESIDAD \geq 32 kg/m ²
SI	56	1.58	VARON - Alto: > igual a 94 cm	22.4	DELGADEZ \leq 23 kg/m ²
SI	71	1.49	VARON Muy alto: > igual 102 cm	31.9	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
SI	60	1.54	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	25.3	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	62	1.48	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	28.3	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	63	1.45	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	30	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
SI	50	1.32	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	28.7	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
SI	56	1.51	VARON - Bajo: < a 94 cm	24.5	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	68.3	1.4	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	34.8	OBESIDAD \geq 32 kg/m ²
NO	51	1.32	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	29.3	SOBREPESO \geq 28 Y<32 kg/ m ²
NO	68	1.68	VARON - Alto: > igual a 94 cm	24.1	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	51.3	1.46	MUJER Alto: >igual a 80 cm	24	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	60.5	164	VARON - Bajo: < a 94 cm	22.4	DELGADEZ \leq 23 kg/m ²
SI	98	160	VARON Muy alto: > igual 102 cm	37.7	OBESIDAD \geq 32 kg/m ²
NO	58	146	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	27.6	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	54	148	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	25.8	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²

NO	58	1.44	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	28	SOBREPESO \geq 28 Y < 32 kg/ m ²
SI	42	1.28	MUJER Alto: > igual a 80 cm	26.2	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	68	1.47	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	31.4	SOBREPESO \geq 28 Y < 32 kg/ m ²
SI	62	1.56	MUJER Alto: > igual a 80 cm	25.5	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
NO	83.3	1.52	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	36.2	OBESIDAD \geq 32 kg/ m ²
SI	72	1.45	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	34.2	OBESIDAD \geq 32 kg/ m ²
SI	66	1.43	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	33	OBESIDAD \geq 32 kg/ m ²
SI	54	1.41	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	27.2	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	59.6	1.52	VARON Muy alto: > igual 102 cm	25.8	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
SI	50.5	1.42	MUJER Alto: > igual a 80 cm	25.3	NORMAL \geq 23 < 28 kg/ m ²
MAS O MENOS	52.8	1.59	VARON - Bajo: < a 94 cm	20.9	DELGADEZ \leq 23 kg/m ²
SI	48	1.46	MUJER Alto: > igual a 80 cm	22.9	DELGADEZ \leq 23 kg/m ²
MAS O MENOS	67	1.42	MUJER Muy alto: > igual a 88 cm	33.3	OBESIDAD \geq 32 kg/ m ²

