UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Nutrición Humana

Calidad de vida, características demográficas y clínicas, grasa corporal y riesgo cardiometabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil MiguelGrau nivel I-4. 2023

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Nutrición Humana

Autor:

Adir Benjamin Vidal Meza

Sefora Luz Condori Sulca

Asesor:

Mg. Charo Natali Huzco Rutti

Lima, junio del 2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Mg. Charo Natali Huzco Rutti, docente de la Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Nutrición Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **"Calidad de vida, características demográficas y clínicas, grasa corporal y riesgo cardiometabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil Miguel Grau nivel I-4. 2023."** de los autores Sefora Luz Condori Sulca y Adir Benjamin Vidal Meza tiene un índice de similitud 16% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 21 días del mes de junio del año 2024.



Mg. Charo Natali

Huzco RuttiASESOR

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Lima, Ñaña 21 días del mes de junio del año 2024 siendo las 11:30 am horas se reunieron los miembros del jurado en la universidad Peruana Unión, bajo la dirección del (de la) ***Presidente: Mg. María Miranda Flores, Secretario: Mg. Bertha Chanducas Lozano, Vocal: Mg. Mery Rodríguez Vásque Mg. María Bernarda Collantes Cossio, Asesor: Mg. Charo Natali Huzco Rutti*** con el propósito de administrar el acto académico de sustentación del trabajo de investigación titulado: "Calidad de vida, características demográficas y clínicas , grasa corporal y riesgo cardiometabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil Miguel Grau nivel I-4. 2023. De la (los) egresada (os): **a) Bach. Sefora Luz Condori Sulca b) Bach. Adir Benjamín Vidal Meza,** conducente a la obtención del título profesional de licenciada en Nutrición Humana.

La presidenta inició el acto académico de sustentación invitando a los candidatos hacer uso del tiempo determinado para su exposición, concluida la exposición el presidente invito a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por las candidatas. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato/(a): Bach. Sefora Luz Condori Sulca

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	Excelencia
Aprobado	19	A	Con nominación de Excelente	

Candidato/(a): Bach. Adir Benjamín Vidal Meza

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	Excelencia
Aprobado	19	A	Con nominación de Excelente	

Finalmente, la presidente del jurado invitó a las candidatas para recibir la evaluación final y concluir el acto de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.



DEDICATORIA

A Dios y a nuestros padres

.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la salud y vida, asimismo a nuestros padres por la confianza, compromiso y el apoyo que mantuvieron durante toda la vida universitaria, a nuestra asesora y demás personas que
han contribuido para el desarrollo de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA **4**

AGRADECIMIENTOS **5**

INDICE DE TABLAS **7**

RESUMEN **8**

ABSTRACT **9**

INTRODUCCIÓN **10**

MATERIALES Y MÉTODOS **12**

RESULTADOS **15**

DISCUSIÓN **20**

CONCLUSIONES **27**

RECOMENDACIONES **27**

LIMITACIONES **28**

ANEXOS **29**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **36**

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EVALUADA 15

TABLA 2. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS (N=348) 16

TABLA 3. RELACIÓN ENTRE EL RIESGO CARDIO METABÓLICO Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS (N=348) 17

TABLA 4. RELACIÓN ENTRE LA GRASA CORPORAL, CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS (N=348) 18

TABLA 5. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA GRASA CORPORAL (N=348) 19

TABLA 6. RELACIÓN ENTRE LA GRASA CORPORAL Y EL RIESGO CARDIOMETABÓLICO (N=348) 19

TABLA 7. RELACIÓN ENTRE EL RIESGO CARDIOMETABÓLICO Y LA CALIDAD DE VIDA (N=348) 20

RESUMEN

Introducción:

El adulto joven y mayor atraviesa cambios fisiológicos y corporales de manera progresiva a lo largo de su vida lo cual en su mayoría afecta la salud física y mental, asimismo el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles lo cual como consecuencia contribuye potencialmente al rendimiento laboral, dependencia de medicamentos, dependencia, entre otros, es por ello, que se busca determinar a través del estudio la relación entre calidad de vida, características sociodemográficas, clínicas, grasa corporal y riesgo cardio metabólico en los adultos para preservar la funcionalidad y mantener una buena calidad de vida.

Objetivos:

El propósito del estudio fue determinar la relación entre calidad de vida, grasa corporal, características demográficos y clínicos y riesgo cardiometabólico en adultos jóvenes y mayores de un Centro Materno infantil en Lima nivel I-4, Ñaña, Perú 2023.

Métodos: Se efectuó un estudio de enfoque cuantitativo de diseño no experimental donde se consideraron datos transversales de 348 participantes peruanos de un Centro Materno Infantil en Lima nivel I-4, recolectado durante el 2023. Se efectuaron tablas cruzadas entre calidad de vida, baja o alta, para evaluar la relación con grasa corporal y riesgo Cardio metabólico.

Resultados: Los adultos jóvenes y mayores que manifiestan una baja calidad de vida presentan significancia respecto al características demográficas en donde factores edad y sexo se asociaban a un menor puntaje de escalas físicas y mentales; además se encontró relación significancia entre riesgo cardiometabólico y características demográficas y clínicas en todos los cruces. Se observó también diferencias significativas en aquellos que obtuvieron una grasa corporal alta con aspectos demográficos y clínicos a excepción de grados de instrucción y estado civil. Por otro lado, no se halló relación y significancia entre una baja calidad de vida y una grasa corporal elevada en la muestra, diferente de las variables grasa corporal y riesgo cardio metabólico en donde se halló significancia con un alto porcentaje entre estas variables. Finalmente se halló relación significativa entre las variables de riesgo cardio metabólico y calidad de vida sobre todo en la subescala mental.

Conclusión: Se pudo llegar a un desenlace que el presente estudio por medio de los hallazgos encontrados, que existe una relación significativa entre calidad de vida, grasa corporal, características demográficas y clínicas con riesgo cardio metabólico en una población adulta joven y mayor, lo cual nos permite identificar la importancia de un mayor y mejor abordaje en este grupo por los cambios físico corporales, desarrollo de enfermedades y sedentarismo que se manifiestan a lo largo de los años.

Palabras clave: *Adulto mayor, calidad de vida, riesgo cardiometabólico, ECT.*

ABSTRACT

Introduction:

Young and older adults go through physiological and bodily changes progressively throughout their lives, which mostly affect physical and mental health, as well as an increase in chronic non-communicable diseases, which as a consequence potentially contributes to work performance. medication dependence, dependency, among others. It is for them that we seek to determine through the study the relationship between quality of life, sociodemographic and clinical characteristics, body fat and cardio-metabolic risk in adults to preserve functionality and maintain a good quality of life.

Goals:

The purpose of the study was to find the relationship between quality of life, body fat aspects, demographic and clinical aspects and cardiometabolic risk in young and older adults from a Maternal and Child Center in Lima level I-4, Ñaña, Peru 2023.

Methods: A quantitative approach study with a non-experimental design was carried out where cross-sectional data from 348 Peruvian participants from a Maternal and Child Center in Lima level I-4 were considered, collected during 2023. Cross tables were made between quality of life, low or high, to evaluate the relationship with body fat and Cardiometabolic risk.

Results: Young and older adults who manifest a low quality of life present significance with respect to demographic characteristics where age and sex factors were associated with a lower score on physical and mental scales; In addition, a significant relationship was found between cardiometabolic risk and demographic and clinical characteristics in all crosses. Significant differences were also observed in those who obtained high body fat with demographic and clinical aspects except for educational levels and marital status. On the other hand, no relationship and significance was evident between a low quality of life and high body fat in the sample, different from the variables body fat and cardiometabolic risk where significance was found with a high percentage between these variables. Finally, a significant relationship was found between the cardiometabolic risk variables and quality of life, especially in the mental subscale.

Conclusion: It was possible to reach an outcome that the present study through the findings found, that there is a significant relationship between quality of life, body fat, demographic and clinical characteristics with cardiometabolic risk in a young and older adult population, evidenced by which It allows us to identify the importance of a greater and better approach in this group due to the physical body changes, development of diseases and sedentary lifestyle that manifest over the years.

Keywords: *Older adults, quality of life, cardiometabolic risk, ECT.*

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud, es la percepción de la persona acerca de su posición en la vida abordando contextos culturales y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (1,2). A nivel mundial Suecia es el país que presenta mejor calidad de vida y a nivel de América latina México en puesto 41 y el Perú se encuentra en el puesto 62, siendo un área importante de preocupación tanto para el gobierno y personal que refleja el estado de salud la población joven y vulnerable (3).

El adulto joven y mayor son una población que atraviesa diversos cambios fisiológicos, corporales de manera progresiva y acelerada en el adulto mayor relacionadas al envejecimiento, disminución de masa muscular, aumento de masa grasa, también variación social y mental, ocasionando alteraciones en su calidad de vida (4–6). Además, aumenta el riesgo de presentar exceso de peso, riesgo cardiometabólico, desarrollar enfermedades crónicas transmisibles y mayor dependencia de medicamentos y servicios de salud, afectando la calidad de vida (5).

A nivel mundial, La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019, alrededor de 2500 millones de adultos tenían sobrepeso y 890 millones eran obesos (7). Alrededor de 2 millones de personas murieron a causa de enfermedad cardiovascular (ECV) (8). Y según la Federación Internacional de Diabetes (FID), en el año 2021, manifestaron que 537 millones de adultos viven con DM2 en todo el mundo (9).

Según Fauzan N. et al (10) manifiesta que llegar a una edad adulta dejo de ser algo excepcional ya que la mayoría de esta población no logran envejecer con una calidad de vida adecuada, debido a múltiples factores que se asocian entre sí, entre ella, los aspectos socioeconómicos, bajo nivel educativo, salud mental, salud física. Además, García M. et al en el año 2016 señala que existe en esta población, el sedentarismo, obesidad, alimentación no saludable, estrés o depresión los cuales serían factores de riesgo cardiometabólico (5,11).

El Perú siendo un país en desarrollo presentaba una prevalencia creciente de enfermedades crónicas transmisibles (ECT), tales como la enfermedad cardiovascular, el cáncer, diabetes mellitus y obesidad que dificultan la calidad de

vida de la persona (12). Según, La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el año 2022, reveló el porcentaje de personas con exceso de peso fue elevado en la Costa (68,0%); seguido de la Selva (55,9%) y Sierra (54,3%) (13). De la misma forma, en el año 2022, reveló que 54,3% de la población de 60 y más años presentó muy alto riesgo cardiovascular según su perímetro abdominal (13). El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2021 indica que, en Perú, la población adulta representa al 66,7 % y adulto mayor 13%; este grupo presenta una mayor vulnerabilidad física, mental y dependencia de los centros de salud (14).

Las consecuencias de no preservar una calidad de vida adecuada, el peso, masa muscular, masa grasa, hábitos alimentarios inadecuados, cambios ambientales, baja movilidad, discapacidad física, dependencia de los centros de salud, mayor riesgo de padecer ECT, como obesidad, diabetes mellitus y por último mayor limitación de realizar sus actividades diarias (10,15), en consecuencia, afectarían potencialmente en rendimiento laboral principalmente de la población productiva adulto joven y adulto. No obstante, en el adulto mayor disminuiría la prolongación de la vida por el deterioro acelerado del estado de salud.

Diversos estudios realizados en diferentes poblaciones y países en el mundo para identificar los factores asociados a calidad de vida, grasa corporal, índice de cintura y cadera en la población adulta y adulta mayor (15–19).

Uno de estos fue elaborado por Giovannini et al. (19), en el año 2019 donde asociaron de manera significativa el porcentaje de grasa corporal con una mala calidad de vida, afectando más en su salud y depresión, inclusive indicaron que estas asociaciones presentan más mujeres que hombres.

Sin embargo, existen pocas evidencias que brinden datos e información sobre esta, se necesitan más investigaciones. Por ello, el propósito del estudio es determinar la relación entre la calidad de vida, características demográficas, clínicas, grasa corporal y riesgo cardiometabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil Grau. Además, aplicar estrategias que permitan una intervención adecuada para preservar la funcionalidad y mantener una calidad de vida apropiada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño, tipo de investigación y participantes

Se efectuó un estudio de enfoque cuantitativo de diseño no experimental, de corte transversal, y correlacional entre las variables. Se obtuvo 348 participantes quienes concurrieron al Centro Materno Infantil Miguel Grau nivel I-4, en el periodo de mayo y junio 2023. Las edades seleccionadas oscilaban desde los 18 a 70 años, ambos sexos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los datos fueron recolectados a través de los métodos aplicados para cada variable de manera presencial, considerando los criterios de inclusión: Tener una edad de 18 a 70 años, no presentar ningún tipo de dependencia funcional**,** contar con grado de instrucción minino primarios completos, no presentar edemas en los miembros superiores e inferiores, adulto y adultos mayores con enfermedad crónica no transmisibles compensados; y exclusión: Adultos y adultos mayores sin grado de instrucción, personas confinadas en cama, personas con alguna patología neurológica que impida responder las preguntas del cuestionario a utilizar, adultos que no firmen el consentimiento informado.

Ficha de registro de características demográficas y clínicas

Constó, de una hoja de registro para la recolección de las características demográficas y clínicas para la toma de datos de las personas seleccionadas para la investigación, el cual refleja las siguientes divisiones, introducción, la edad en años, sexo, grado de instrucción, estado civil y por último si presenta alguna enfermedad no transmisible, por consiguiente, este instrumento fue creado a conveniencia de la investigación (Anexo 4)

Calidad de vida

El cuestionario SF-12 es una versión reducida de su predecesor, SF-36 elaborado en Estados Unidos con el objetivo de reducir la carga de respuesta de parte de los participantes. Adaptado en España por Jordi Alonso en el año 1996 y validado en Chile por Vera et al. (20) en el año 2014 presentando un nivel de confiabilidad según la evaluación de consistencia interna (alfa de Cronbach) para la dimensión física

obtuvo 0,63 y para la dimensión mental fue de 0,72. La técnica que se utilizó para emplear el cuestionario a cada participante mediante una entrevista individual.

El cuestionario tiene 12 preguntas se divide en 8 dimensiones: la primera es la función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general (21). Estas dimensiones tienen dos grupos, salud física y mental. Cada dimensión se evaluó en escala tipo Likert con un tiempo de aplicación 7 minutos por toda la encuesta (21). (Anexo 5).

Grasa corporal

Para determinar el resultado de grasa corporal, como primera fase: se realizó la toma de cuatro pliegues cutáneos, bíceps, tríceps, subescapular, supra ilíaco. Esto se determinó por el instrumento compas de pliegues o plicométro de plástico de la marca Slim Guide, que consta de una apertura de 80 mm y una precisión de 0.5 mm.

Para la medida del pliegue bicipital, se le pregunto al participante cual es el brazo no dominante, se identificó el punto medio entre la línea media acromial de la zona del hombro y punto extremo del codo que es el radio, en la cara anterior del brazo, es decir la porción media del bíceps. Vertical paralelo al eje longitudinal del brazo (22). El pliegue del tríceps se halló, de la misma forma que el bicipital la diferencia que el pliegue se realizó en la parte posterior del tríceps a nivel de la línea media acromial – radial.

Luego el pliegue subescapular, se hizo en el ángulo inferior de la escápula, dirección oblicua y formando un ángulo de 45º con la horizontal, palpando el ángulo inferior de la escápula con el pulgar izquierdo, en este punto se hace coincidir el dedo índice y se desplaza hacia abajo el dedo pulgar, rotando ligeramente en sentido horario, para así tomar el pliegue (22).

Por último, para el pliegue de la cresta ilíaca se localizó la línea medio axilar de la cresta ilíaca. El pliegue correrá hacia delante y hacia abajo, formando un ángulo de alrededor de 30-45º con la horizontal (22).

El proceso para el caculo de grasa corporal, primero se determinó la densidad corporal con la suma de los cuatro pliegues, para el cálculo de densidad corporal se consiguió mediante la ecuación de regresión lineal propuesta por Durnin y

Womersley. Posteriormente, para determinar el porcentaje grasa corporal aplicando la fórmula propuesta por Siri, se interpretó los resultados con los percentiles para grasa corporal clasificado en depleción de masa grasa (0 - ≤5), masa grasa bajo del promedio (>5 - ≤ 15), masa grasa dentro del promedio (>15 - ≤ 75), masa grasa elevada (>75 - ≤ 85), exceso de grasa (>85) establecidos por Frisancho AR (23). (Anexo 6).

Riesgo cardio metabólico

Se utilizó una cinta métrica de fibra de vidrio que presenta una longitud de 200 cm y una resolución de 1 mm (24). Para la resolución de esta medida, la persona estuvo en posición erguida, con el torso descubierto, se localizó el punto inferior de la última costilla y la cresta iliaca, luego dibujar una marca de los puntos encontrados. Luego se ubicó el punto medio entre las dos marcas encontradas y proceder a remarcar, para luego colocar la cinta en posición horizontal y poder determinar los resultados de la circunferencia de cintura (24).

Por otro lado, la medición de la circunferencia de cadera se realizó en el nivel máximo relieve de los músculos glúteos, el valor se registrará al punto más cercano al 0.1 cm. Con estos datos se obtuvo el riesgo cardiometabólico, al dividir la circunferencia de cintura sobre la circunferencia de cadera. Utilizando los puntos de cohorte >0.95 cm y >0.85 para hombres y mujeres respectivamente, propuesto por la OMS para adultos y adultos mayores (25). (Anexo 7).

Análisis estadístico

La información proveniente de la aplicación de los instrumentos fue sistematizada y codificada en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2021. Posterior a ello, se exportaron los datos al programa Stata versión 15 para el análisis estadístico correspondiente.

En una etapa preliminar, se procedió a calcular las subescalas de la calidad de vida. Los puntajes de las subescalas física y mental de la calidad de vida fueron obtenidos mediante la suma de los puntajes estandarizados obtenidos según la respuesta a cada pregunta del cuestionario SF-12.

Respecto al análisis estadístico descriptivo, se procedió al cálculo de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para el caso de variables categóricas y se obtuvo la media y desviación estándar para el caso de variables numéricas.

Respecto al análisis inferencial, se analizó la naturaleza de la variable para la elección de la prueba estadística. Para la evaluación de la relación entre variables categóricas se aplicó la prueba Chi Cuadrado, previa evaluación de supuestos. Por otro lado, al evaluar la relación entre una variable categórica y una variable numérica, se procedió a evaluar si la variable numérica contaba con distribución normal mediante la prueba Shapiro-Wilk. En todos los casos analizados no se encontró distribución normal, optando por pruebas estadísticas no paramétricas como la U de Mann-Whitney y la prueba Kruskal Wallis. Asimismo, para la evaluación de relación entre variables numéricas se utilizó la prueba de correlación de Spearman, dada la ausencia de distribución normal de las variables involucradas. En ese sentido, se reportaron los coeficientes de correlación (Rho de Spearman).

Para todos los análisis realizados se consideró un nivel de confianza de 95% y un nivel de significancia de 5%. Por lo mencionado, todo p-valor menor o igual a 0.05 fue considerado como estadísticamente significativo en todos los análisis implementados.

RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de la muestra evaluada

Variables		n	%
Sexo	Femenino	232	66.67
	Masculino	116	33.33
Edad (años)*		43.95 ± 14.63	
Grado	Primaria	30	8.62
	Secundaria	169	48.56
	Superior	149	42.82
Estado civil	Soltero	137	39.37
	Casado	176	50.57
	Viudo	12	3.45
	Divorciado	23	6.61
Presencia de enfermedad crónica	No	232	66.67
	Sí	116	33.33

Riesgo cardio metabólico	Sin riesgo	49	14.08
	Con riesgo	299	85.92
Grasa corporal	Muy bajo	40	11.49
	Bajo	141	40.52
	Normal	166	47.7
	Elevado	1	0.29
Subescala física (puntaje)*		41.38 ± 10.47	
Subescala mental (puntaje)*		41.66 ± 10.72	

*Datos expresados como media ± desviación estándar.

En la Tabla 1 se puede apreciar el análisis descriptivo de todas las variables del estudio. En relación a las variables sociodemográficas, se muestra que la mayor cantidad de evaluados son mujeres (66.67%), mientras que el promedio de edad es 43.95 años. Asimismo, en lo que respecta a las variables relacionadas al estado de salud, se aprecia que el 33.33% de los evaluados presenta una enfermedad crónica, el 85.92% presenta riesgo cardio metabólico y únicamente el 47.7% tiene grasa corporal normal. Finalmente, en cuanto a las subescalas de calidad de vida, el promedio de la subescala física es de 41.38 puntos, mientras que el promedio de la subescala mental es 41.66 puntos.

Tabla 2. Relación entre las características demográficas y clínicas y calidad de vida (n=348)

Variables características demográficas y clínicas		**Calidad de vida**			
		Subescala física	**p**	**Subescala mental**	**p**
		media ± desviación estándar		**media ± desviación estándar**	
Sexo	Femenino	39.54 ± 10.13	<0.001	40.13 ± 10.55	<0.001
	Masculino	45.07 ± 10.20		44.71 ± 10.44	
Edad (años)*		-0.3737	<0.001	-0.063	0.241
Grado	Primaria	33.94 ± 8.88	<0.001	35.73 ± 10.07	0.016
	Secundaria	41.35 ± 10.20		42.13 ± 10.02	
	Superior	42.92 ± 10.49		42.31 ± 11.31	
Estado civil	Soltero	43.74 ± 10.62	<0.001	42.08 ± 11.13	0.503
	Casado	40.49 ± 9.57		41.49 ± 10.43	
	Viudo	33.58 ± 9.93		44.66 ± 6.67	
	Divorciado	38.21 ± 13.03		38.89 ± 12.07	
Presencia de enfermedad crónica	No	44.04 ± 10.28	<0.001	42.57 ± 11.10	0.027
	Sí	36.07 ± 8.72		39.82 ± 9.72	

*Datos mostrados como coeficiente de correlación Rho de Spearman.

En la Tabla 2 se describe la relación entre las características demográficas, clínicas y la calidad de vida. Al respecto, se observó que todos los cruces resultan estadísticamente significativos (p 0,05), a excepción del cruce entre la edad y el estado civil con la subescala mental. En ese sentido, se aprecia que los varones poseen un mayor promedio de puntaje (45.07 ± 10.20, 44.71 ± 10.44) en las subescalas física y mental respectivamente que corresponde a calidad de vida. De igual forma, a medida que la edad aumenta, el puntaje de la subescala física podría disminuir. En relación al grado de instrucción, se aprecia que las personas que cuentan con nivel primaria poseen un puntaje más bajo en ambas subescalas respectivamente (33.94 ± 8.88, 35.73 ± 10.07), en comparación con los otros niveles. Además, al analizar la relación entre el estado civil y las subescalas de calidad de vida, se puede apreciar que los viudos y divorciados poseen un puntaje menor en la subescala física. De igual forma, aquellos con presencia de enfermedad crónica poseen puntajes menores en ambas escalas, en comparación con los que no tienen enfermedad crónica.

Tabla 3. Relación entre características demográficas y clínicas y riesgo cardiometabólico (n=348)

Características demográficas y clínicas		**Riesgo cardiometabólico**		
		Sin riesgo	**Con riesgo**	**p**
		n (%)	**n (%)**	
Sexo	Femenino	17 (7.33)	215 (92.67)	<0.001
	Masculino	32 (27.59)	85 (72.41)	
Edad (años)*		39.38 ± 13.53	44.77 ± 14.68	0.021
Grado de instrucción	Primaria	0 (0.00)	30 (100.00)	0.002
	Secundaria	34 (20.12)	135 (79.88)	
	Superior	15 (10.07)	134 (89.93)	
Estado civil	Soltero	28 (20.44)	109 (79.56)	0.041
	Casado	19 (10.80)	157 (89.20)	
	Viudo	1 (8.33)	11 (91.67)	
	Divorciado	1 (4.35)	22 (95.65)	
Presencia de enfermedad crónica	No	39 (16.81)	193 (83.19)	0.038
	Sí	10 (8.62)	106 (91.38)	

*Datos mostrados como media ± desviación estándar.

En la Tabla 3 se obtiene la relación entre características demográficas, clínicas y el riesgo cardio metabólico. Al respecto, se encontró relación estadísticamente significativa en todos los cruces (p 0,05). En relación al sexo, se muestra que las mujeres poseen un mayor porcentaje (92.67%) de personas con riesgo cardio metabólico en comparación con los varones (72.41%). En cuanto al promedio de edad, se puede ver que las personas con riesgo cardio metabólico poseen mayor promedio. Respecto al grado, los que tienen nivel primario poseen mayor porcentaje de personas con riesgo cardio metabólico. Sobre el estado civil, los viudos y divorciados poseen mayor porcentaje de personas con riesgo cardio metabólico respectivamente (91.6%, 95.6%). Asimismo, aquellos que presentan enfermedad crónica poseen mayor porcentaje de personas con riesgo cardio metabólico.

Tabla 4. Relación entre las características demográficas y clínicas y grasa corporal (n=348)

Características demográficas y clínicas		**Grasa corporal**				**P**
		Muy bajo	**Bajo**	**Normal**	**Elevado**	
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	
Sexo	Femenino	27 (11.64)	117 (50.43)	88 (37.93)	0 (0.00)	<0.001
	Masculino	13 (11.21)	24 (20.69)	78 (67.24)	1 (0.86)	
Edad (años)*		48.98 ± 13.75	47.08 ± 13.95	40.28 ± 14.46	21 ± 0.00	<0.001
Grado	Primaria	5 (16.67)	12 (40.00)	13 (43.33)	0 (0.00)	0.712
	Secundaria	17 (10.06)	64 (37.87)	87 (51.48)	1 (0.59)	
	Superior	18 (12.08)	65 (43.62)	66 (44.30)	0 (0.00)	
Estado civil	Soltero	15 (10.95)	44 (32.12)	77 (56.20)	1 (0.73)	0.118
	Casado	22 (12.50)	77 (43.75)	77 (43.75)	0 (0.00)	
	Viudo	0 (0.00)	9 (75.00)	3 (25.00)	0 (0.00)	
	Divorciado	3 (13.04)	11 (47.83)	9 (39.13)	0 (0.00)	
Presencia de enfermedad crónica	No	23 (9.91)	85 (36.64)	123 (53.02)	1 (0.43)	0.033
	Sí	17 (14.66)	56 (48.28)	43 (37.07)	0 (0.00)	

*Datos mostrados como media ± desviación estándar.

En la Tabla 4 se aprecia la relación entre características demográficas, clínicas y la grasa corporal. Se visualiza que, a excepción del grado y el estado civil, los cruces resultan estadísticamente significativos (p 0,05). En relación con el sexo, los varones poseen mayor porcentaje de personas con grasa corporal normal (67.24%) en comparación con las mujeres (37.93%). En este caso, las mujeres están presentando un porcentaje mayor de personas con grasa corporal baja. Respecto a la edad, se aprecia que aquellos con grasa corporal baja o muy baja poseen un mayor promedio de edad que las personas con grasa corporal normal. Sobre aquellos con grasa corporal elevada no se puede establecer una conclusión mayordado que están representados por un solo sujeto. Finalmente, aquellos con enfermedad crónica poseen menor porcentaje de personas con grasa corporal normal.

Tabla 5. Relación entre la grasa corporal y calidad de vida (n=348)

Variable		**Calidad de vida**			
		Subsecala física	**p**	**Subsecala mental**	**P**
		media ± desviación estándar		**media ± desviación estándar**	
Grasa corporal	Muy bajo	41.23 ± 10.91	0.8	41.28 ± 12.38	0.77
	Bajo	40.89 ± 10.23		41.03 ± 9.78	
	Normal	41.80 ± 10.63		42.29 ± 11.12	
	Elevado	47.89 ± 0.00		40.39 ± 0.00	

En la Tabla 5 se aprecia la relación entre la grasa corporal y las subescalas de calidad de vida. Al respecto, se aprecia que no se evidencio relación significativa entre dichas variables (p >0,05).

Tabla 6. Relación entre la grasa corporal y el riesgo cardiometabólico (n=348)

Variable		**Riesgo cardiometabólico**		
		Sin riesgo	**Con riesgo**	**p**
		n (%)	**n (%)**	
Grasa corporal	Muy bajo	9 (22.50)	31 (77.50)	0.001
	Bajo	7 (4.96)	134 (95.04)	
	Normal	33 (19.88)	133 (80.12)	
	Elevado	0 (0.00)	1 (100.00)	

En la Tabla 6 se aprecia la relación entre la grasa corporal y el riesgo cardiometabólico, aquellos que presentaron un nivel elevado y bajo de grasa corporal obtuvieron riesgo cardiometabólico. Esto resulta estadísticamente significativo (p 0,001).

Tabla 7. Relación entre el riesgo cardiometabólico y la calidad de vida (n=348)

Variable		Calidad de vida			
		Subsecala física	p	Subsecala mental	p
		media ± desviación estándar		media ± desviación estándar	
Riesgo cardiometabólico	Sin riesgo	43.01 ± 10.11	0.276	45.74 ± 10.46	0.004
	Con riesgo	41.12 ± 10.52		40.99 ± 10.63	

En la Tabla 7 se aprecia la relación entre el riesgo cardiometabólico y las subescalas de calidad de vida. Al respecto, se ve relación estadísticamente significativa con la subescala mental, cuyo puntaje promedio es menor en aquellos con riesgo cardiometabólico.

DISCUSIÓN

Respecto a las variables estudiadas, se pudo hallar significancia (p= 0,001), entre las variables, características demográficas, clínicas y calidad de vida. Los resultados de sexo y edad estaban asociados con menor puntaje en las escalas física y mental de los participantes; 43 años a más presentaron puntuaciones más bajas de calidad de vida tanto en el componente físico y mental. Similar reportó Beza et al. (26), quien utilizó el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida, encontrando una puntuación en la escala física se asoció significativamente con la edad, sexo y padecer un problema de salud. Asimismo, en la escala mental se asoció significativamente solo con la edad. Además, ambas puntuaciones de las escalas fueron más bajas para los participantes de mayor edad y en el sexo femenino.

Biddle et al. (27), en su estudio usó el cuestionario EUROHIS QOL para medir la calidad de vida, dentro de ellas los resultados relacionados con el sexo y la edad mostraron patrones consistentes, indicando que los subgrupos de mayor edad presentaban enfermedad crónica que los hacían dependientes de los centros de salud y presentando calidad de vida por debajo del promedio. Del mismo modo,

Gottvall et al. (28), encontró asociación significativa entre el valor índice EQ-5D-5L para calidad de vida, sexo y edad, con respecto al grado de instrucción no se halló significancia, demostrando que los hombres y las personas con menor edad presentaban un nivel más alto de calidad de vida a diferencia de las mujeres y las personas mayores.

Esto podría atribuirse a un mal estado de salud entre las mujeres de los grupos de mayor edad. La edad constituye una de las variables más comunes que afectan la salud física y mental, atribuyéndose al hecho que las personas más jóvenes se encuentran, en principio en mejores condiciones físicas (29), en cuanto al sexo en nuestro estudio los hombres presentaron mayor puntaje de calidad de vida en ambos componentes, diferente en mujeres quienes presentaron menor puntaje, relacionándose a un posible mal estado de salud.

Similares a otras investigaciones encontraron diferencia significativa entre el sexo femenino, además tener más edad condiciona a una menor calidad de vida (30)(31). Wilcke et al. (32), indica en su estudio que las mujeres con enfermedad crónica presentaron menor calidad de vida, una de las razones podría ser las influencias hormonales, las exacerbaciones de la enfermedad, menstruación. La edad es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades, las personas mayores son susceptibles a la pérdida de peso, pérdida de masa y fuerza muscular, síndrome de fragilidad que afecta la recuperación de la enfermedad y calidad de vida (33)(34)(35).

Por otra parte, la educación determina la posición socioeconómica, la cual se asocia con diversos resultados en salud. Otro cruce encontrado con relación al grado de instrucción, el nivel primario presentaba menor puntaje en calidad de vida, habiendo diferencia significativa; que a menor grado de instrucción menor calidad de vida en comparación con otros grados. Esto podría explicarse que un nivel educativo menor (primaria y secundaria) de las personas condiciona a un estatus socioeconómico bajo, cual genera un estilo de vida poco saludable; por tener limitada información del cuidado de su salud, conllevándoles a largo plazo al riesgo del desarrollo de enfermedades crónicas, entre otros mermando su calidad de vida.

Sobre el estado civil de los participantes quienes presentaron menor puntaje en el componente físico, fueron los viudos, seguidos los divorciados, siendo significativo, en cuanto a la escala mental los hallazgos no fueron significativos. Así mismo, Molsted et al. (36), demostró que un alto nivel de estatus socioeconómico se asoció con mejores aspectos físicos y mentales de la calidad de vida encontrándose asociación positiva. También refiere que tener una pareja permanente es más positivo para la calidad de vida en el aspecto mental. Del mismo modo, Huang et al. (37), manifestó que las mujeres con educación superior mostraron una mejor calidad de vida. En contraste, Braadt et al. (38), constató que el nivel educativo más bajo no tuvo un impacto significativo en la calidad de vida del componente de salud. Por lo tanto, el estado civil, el nivel educativo y socioeconómico pueden estar relacionados con la desigualdad en la salud mental y física determinada por la calidad de vida (39).

En cuanto a las características clínicas del estudio, el presentar enfermedad crónica indicaba menor puntaje en ambos componentes de la calidad de vida, indicando que la presencia de la enfermedad condiciona a presentar una baja calidad de esta, encontrándose significancia entre ambas variables. Busutil et al. (40), refieren que la edad, la discapacidad y padecer enfermedades crónicas podrían influir en una mala calidad de vida. Además, Kang et al. (41), evidenció diferencias significativas entre la presencia de la enfermedad crónica con menor calidad de vida. Otros autores, refieren que padecer comorbilidad se asocia con una peor calidad de vida, diferente cuando existe una estrategia de autocuidado se obtendrá mejor una calidad de esta (42)(43).

En cuanto a las características demográficas y riesgo cardiometabólico, se halló significancia con ambos sexos, edades mayores a 44.77 ± 14.68, nivel educativo: secundaria y superior, y estado civil: soltero, casado, viudo y divorciado.

Muaidi et al. (44), encontró que los varones tenían mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, diferente a Cao et al. (45), realizó un metaanálisis con 12 estudios de casos y controles, reveló que el aumento del índice cintura y cadera lo presentaban las mujeres, se asoció significativamente con un infarto del miocardio. Khoudary et al. (46), menciona que las mujeres de mayor edad

presentan riesgo cardiometabólico y uno de los posibles factores podría ser la menopausia; por ser un periodo de cambios sintomáticos, hormonales, menstruales y otros cambios fisiológicos.

En cuanto al nivel educativo, autores como Pan et al. (47), observó asociación inversa significativa, donde el nivel educativo más alto se relacionó con un menor porcentaje de grasa corporal. No obstante, Steptoe et al. (48), en su estudio no relacionaron las variables de riesgo cardiometabólico y nivel educativo. Sin embargo, presentar un porcentaje elevado de grasa corporal, sobrepeso u obesidad son factores de riesgo al desarrollo de este. Diferente a Tarqui et al. (49), hallaron que el nivel educativo superior, el sexo femenino y la edad se relacionaron con un mayor riesgo cardio metabólico. El nivel económico superior contribuye a una vida poco activa con uso frecuente de medios de transporte privado, nivel educativo superior genera mayor ingreso económico, uso frecuente de medios de transporte ya sea público o privado, disminuyendo la actividad física y generando un consumo mayor de comidas rápidas (50)(51).

Para la variable clínica; enfermedad crónica, relacionado a riesgo cardiometabólico fue significativo. Existen limitados estudios donde relacionan ambas variables. Sin embargo, la presencia de una enfermedad como hígado graso no alcohólica y obesidad son factores de riesgo cardiometabólico afirmados por varios autores (52) (53). Por otro lado, Braffet et al. (54), reportó que las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 no tuvieron riesgo cardiometabólico, diferente que los hombres.

Además, Beck et al. (55), encontró que la edad e índice cintura y cadera, aumentan el riesgo cardio metabólico y envejecimiento cerebral. Inclusive, Tomas et al. (56), corrobora que a mayor índice de cintura y cadera contribuye a desarrollar riesgo cardiometabólico.

Referente a la variable grasa corporal, se encontró significancia con las características demográficas de edad y sexo. Los reportes actuales señalan que la obesidad es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, cual conlleva al desarrollo de enfermedades cardiometabólico. En México uno de los países más prevalente de sobrepeso u obesidad se asocia la obesidad severa en adultos con factores sociodemográficos (49). Además, reporta una población de 2,2 millones con obesidad, y los 3,6 millones con obesidad severa, asociados con una elevada

grasa corporal en edades promedio de 48,2 años, siendo predominante en el sexo femenino (49). Por lo consiguiente, ese mismo grupo resulta padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Gerdts et al. (57), encontraron resultados que a mayor grasa corporal se asoció con mayor índice de probabilidad de enfermedades crónicas, habiendo diferencia significativa entre los sexos; se halló valores normales de grasa corporal en varones y elevados porcentajes de grasa corporal en mujeres. Del mismo modo Abanto et al. (58), reporto en su estudio en Lima, mayor prevalencia de obesidad y el IMC fue superior a los varones a diferencia de otras regiones, por ende, la grasa corporal esta elevada en esta población y asociada con la obesidad.

La grasa corporal relacionada a la variable clínica: enfermedades crónicas no transmisibles, fue significativo. Sin embargo, la muestra del estudio reportó rangos normales de grasa corporal, a pesar de tener una enfermedad crónica. Cabe señalar que estos resultados positivos podrían relacionarse por el nivel de instrucción de la muestra (en mayoría, secundaria y superior), cual generaría mejor manejo de la enfermedad. Sin embargo, los participantes es probable que hayan presentado antecedentes ambientales, como malos hábitos de alimentación y sedentarismo en consecuencia el desarrollo de sobrepeso y obesidad cuales son factores de riesgo para ECT (59)(60).

En contraste varios autores relacionan ambas variables, y evidencian que la ausencia de estudios o inconclusos se asocian con un porcentaje de grasa corporal elevado. Sagarra et al. (61), afirma, que el nivel educativo y la grasa corporal en personas mayores con un bajo grado de instrucción, incrementa la posibilidad de padecer sobrepeso y obesidad. Por lo tanto, se puede afirmar que el incremento de grasa corporal elevado es un riesgo directo para desencadenar ECT a mediano o largo plazo.

Entre la variable grasa corporal y calidad de vida no existe significancia. Cabe señalar que la muestra evidenció una baja calidad de vida en aquellos que presentaban una baja grasa corporal en ambas dimensiones. Es probable que los resultados bajos de la grasa corporal hayan sido por una pérdida de peso involuntario, cual probablemente antes del diagnóstico patológico hayan tenido un porcentaje de grasa corporal elevado. Esta pérdida, podría haberse dado por el mal control de la enfermedad, efectos colaterales de los fármacos, entre otros

(62)(63)(64). Estos comportamientos son corroborados por Piché et al. (64), afirman que en mayoría las personas con ECT presentan antecedentes: sobrepeso, obesidad, baja calidad de vida, malos hábitos alimentarios, sedentarismo, etc.

En contraste Velázquez et al. (65), si halló relación entre elevada grasa corporal y una mala calidad de vida, además entre otras variables como, inactividad física e hipertensión ya que estudió otros aspectos (bioquímicos) y herramientas con otras dimensiones donde permitía evidenciar otros aspectos que, si encontraban una baja calidad de vida y un exceso de grasa corporal, considerando que la edad promediode la muestra fue de 54,6 años.

Por otro lado, Ritchie et al. (66), mencionaron que los pacientes con EPOC, la frecuencia de las exacerbaciones se asocia con una disminución de la calidad de vida. Nguyen et al. (67), demostraron que, en pacientes ambulatorios con EPOC, presentaron mayor prevalencia de desnutrición, ingesta inadecuada de energía, proteínas, pérdida de peso y baja calidad de vida, esto podría deberse al desequilibrio de nutrientes.

Wisnicka et al. (68), utilizaron el cuestionario WHOQOL BREF para calidad de vida, encontraron que en la escala física fue baja. Los hombres con insuficiencia cardiaca obtuvieron puntuaciones bajas en calidad de vida y se encontraban insatisfechos con su salud. Olsson et al. (67), revelaron que las personas con patologías físicas presentaban baja calidad de vida y las valoraciones eran inferiores en las escalas físicas.

En el análisis de las variables relacionadas de la grasa corporal y el riesgo cardiometabólico fue significativo. Cabe señalar que la muestra del estudio los que obtuvieron un nivel de grasa corporal elevada y baja presentaron riesgo cardiometabólico. Por tal se halló relación significativa entre ambas variables. Mulligan et al. (69), mencionan que la adiposidad de la parte superior e inferior del cuerpo tiene efectos directos en el desarrollo del riesgo cardiometabólico. Además, Gallegos et al. (70), afirman que la obesidad abdominal y la mayor parte de la grasa corporal se encuentra en la cintura, conllevando al mismo riesgo. Por lo consiguiente, mayor posibilidad de sufrir ECT como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, ataques cardiacos, entre otros (71)(72).

Contrario al estudio otros autores encontraron la asociación entre la grasa corporal elevada y el riesgo cardiometabólico (73)(74). Por otra parte, Leiva et al. (75), evidenciaron que el sedentarismo se asocia de manera significativa con el exceso de peso, esto genera una acumulación excesiva de grasa y riesgo cardiometabólico.

Kim et al. (76), demostraron que los participantes que tenían la obesidad y grasa visceral elevada se asociaban significativamente con desarrollar síndrome metabólico, encontraron factores como la edad, sexo, HTA, DM2, consumo de alcohol, tabaquismo, entre otros. Silveira et al. (77), desarrollaron un metaanálisis donde encontraron relación entre la obesidad visceral y riesgo de enfermedad cardiovascular.

En cuanto a calidad de vida y riesgo cardiometabólico fueron significativos, la muestra del estudio presentó una calidad de vida no favorable entre las escalas físicas y mentales, además de una reserva alta de grasa a nivel de cintura y cadera.

Estos resultados son similares a los reportes de Leiva et al. (75), quienes hallaron significancia entre ambas variables. Vyas et al. (78), quienes incluyeron en su investigación a adultos con medicación, quienes presentaron puntuaciones más bajas en la escala física, en cuanto a la escala mental no hubo diferencias significativas. Khan et al. (79), mencionaron que el insomnio está relacionado al mal humor, menor calidad de vida podría desencadenar factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares. Oparil et al. (80), mencionan que el diagnostico de HTA se asocia con un empeoramiento de la calidad de vida y esto condiciona a una morbilidad de mortalidad de presentar enfermedad cardiovascular. Es importante la práctica de un estilo de vida saludable para mejorar la calidad de vida por ende disminuir el riesgo cardiometabólico principalmente en una población con ECT.

Valdez et al. (81) mencionan que la actividad física, aumenta la condición física de la persona y como resultado un menor riesgo cardiometabólico. Ballin et al. (82), en su estudio controlado aleatorizado en participantes con obesidad central de edades mayores a 65 años, demostró que un entrenamiento interválico en un periodo de 10 semanas bastó para mejorar en la escala mental de la calidad de vida, también disminuyó los marcadores de riesgo cardiometabólico.

Se puede evidenciar que conforme exista la práctica de un estilo de vida saludable, el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares será menor y aumenta la expectativa de vida.

CONCLUSIONES

Al relacionar las características demográficas y clínicas (CDYC), según calidad de vida, los que tuvieron una baja CV, se relacionaron con el sexo femenino, cursaban un nivel primario, estado civil viudo (escala física) y los que tuvieron presencia de ECT presentaban puntuaciones más bajas de CV. A diferencia, de la edad y estado civil en la subescala mental, no fue significativo.

Sobre las CDYC y el riesgo cardiometabólico, tuvo diferencia significativa. Es decir, los de sexo femenino de edades 44.7 que cursaban el nivel primario, divorciados y presentaban enfermedad crónica tenían mayor riesgo cardiometabólico.

Asimismo, en las CDYC y la grasa corporal, hubo relación, los que presentaban grasa normal eran del sexo masculino y los que presentaban enfermedad crónica obtuvieron un nivel bajo de grasa corporal. A diferencia, del grado y el estado civil no hubo diferencias significativas.

No hubo diferencia significativa entre grasa corporal y calidad de vida.

Referente a la grasa corporal y riesgo cardiometabólico, fue significativo, aquellos con un nivel de grasa corporal elevada y baja presentaron riesgo cardiometabólico.

Finalmente, al relacionar el riesgo cardiometabolico y calidad de vida en la subescala mental se halló significancia con el riesgo cardiometabólico, quienes presentaron menor calidad de vida en el componente mental.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere evaluar la composición corporal para una mejor precisión a través de la bioimpedancia para relacionar sus componentes, principalmente la masa magra con la calidad de vida por ser un marcador determinante ante la respuesta de la enfermedad, asimismo relacionar la grasa visceral con el riesgo cardiometabólico.
- Se recomienda homogenizar los rangos de edades, según grupo etario.

Ampliar la recolección para identificar mejor las variables estudiadas en un periodo de seis meses. Además, realizar un muestreo probabilístico aleatorizado.

- Con los resultados hallados se sugiere al Centro Materno Infantil de Miguel Grau establecer estrategias de promoción, educación e intervenciones para el autocuidado y manejo de la enfermedad, hábitos alimentarios saludables, actividad física. Manejados por los profesionales de la salud.
- Se sugiere incluir otras variables al estudio (Parámetros bioquímicos, estilo de vida, etc.) para indagar la relación entre estas y abordar estrategias de futuros y eficaces tratamientos.

LIMITACIONES

- Pocas investigaciones en Perú sobre calidad de vida con el cuestionario sf-12. Por lo cual se tomó estudios como antecedentes a nivel internacional con ambas versiones del cuestionario.
- El tamaño de la muestra no posibilita a los investigadores a generalizar los resultados obtenidos.
- Es limitante obtener resultados específicos con instrumentos como el plicómetro y cinta métrica para considerar la grasa corporal.
- El espacio para la evaluación y toma de datos limita resultados exactos ya que el factor tiempo de cada participante era reducido.

Referencias Bibliográficas

1. OMS. ¿Qué calidad de vida? Vol. 17, Revista médica de Chile. 2020.
2. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. Hacia la Promoción la Salud. 2007;12(1):11–24.
3. Kumar P. Quality of Life and Its Associated Factors Among Elderly Population in the a City of Uttar Pradesh. Age Ageing. 2018;47(suppl_3):iii1–iii1.
4. Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Médica Clínica Las Condes. 2012 Jan 1;23(1):19–29.
5. Blanco Mederos F. Consideraciones actuales sobre la Estomatología Geriátrica y su importancia para una longevidad saludable. Vol. 39, Reviste Médica Electrónica. 2017. p. 70–83.
6. Loredo-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xeque-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Univ. 2016 Jul;13(3):159–65.
7. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 16]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
8. Salud P de D de NOP de la. La Carga de Enfermedades Cardiovasculares en la Region de las Americas 2000 - 2019 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 16]. Available from: https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares
9. Datos y cifras sobre la diabetes | Federación Internacional de Diabetes [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 16]. Available from: https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/
10. Fauzan, Nur R, Masni, Mallongi A, Sridani NW, Devi R. Factors related to quality of life of elderly victims of natural disasters in Palu City. Enferm Clin. 2020;30.
11. Julia A, Milian G, David E, García C. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento Obesity as a risk factor, its determinants and treatment. Vol. 32, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016.
12. . Enfermedades no transmisibles y transmisibles-Perú [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2020. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/
13. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica. Peru: Enfermedades no transmisibles 2022. Anal Biochem. 2022;
14. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor: Abril - Mayo - Junio 2021. Inst Nac Estadística e Informática. 2021;(4):1–51.
15. Zhang F, Chan APC, Darko A, Li D. Predicting the elderly's quality of life based on dynamic neighborhood environment under diverse scenarios: An integrated approach of ANN, scenario analysis and Monte Carlo method. Habitat Int. 2021;113(January):102373.
16. Managing Loneliness in the Elderly and Finding Meaning in Ageing. J Compr Nurs Res Care. 2018;3(1).
17. Simões P, Amaral AP, Rocha C. Malnutrition in elderly: relationship with

depression, loneliness and quality of life. Eur J Public Health. 2021 Aug 3;31.

18. Hwang AC, Lee WJ, Peng LN, Liu LK, Lin MH, Loh CH, et al. Unfavorable ody composition and quality of life among community-dwelling middle-aged and older adults: What really matters? Maturitas. 2020;140.

19. Giovannini S, Macchi C, Liperoti R, Laudisio A, Coraci D, Loreti C, et al. Association of Body Fat With Health-Related Quality of Life and Depression in Nonagenarians: The Mugello Study. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Mar 3];20(5):564–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30852165/

20. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. Gac Sanit [Internet]. 2005;19(2):135–50. Available from: http://dx.doi.org/10.1157/13074369

21. Vera-Villarroel P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. Rev Med Chil [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2021 Sep 20];142(10):1275–83. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

22. Carmenate Milián L, Moncada Chévez FA, Borjas Leiva EW. Manual de Medidas Antropométricas. Serie Salud, Trabajo y Ambiente. 2014.

23. Ramos CIC, Luna F de la rosa, Valdez EP, Guerrero XAR, Méndez JMM. Relación del índice de masa corporal y del porcentaje de grasa corporal en estudiantes de nivel medio superior. 2018;13.

24. Salud D. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. 2013.

25. OMS. Circunferencia de la cintura y relación cintura-cadera Informe de un. 2008. 39 p.

26. Beza S, Mavrodi AG, Kyratso G, Aletras VH. Health-Related Quality of Life Among Refugees and Asylum Seekers in Northern Greece. J Immigr Minor Heal [Internet]. 2022;24(2):437–44. Available from: https://doi.org/10.1007/s10903-021-01199-3

27. Biddle L, Menold N, Bentner M, Nöst S, Jahn R, Ziegler S, et al. Health monitoring among asylum seekers and refugees: A state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. Emerg Themes Epidemiol [Internet]. 2019;16(1):1–21. Available from: https://doi.org/10.1186/s12982-019-0085-2

28. Gottvall M, Sjölund S, Arwidson C, Saboonchi F. Health-related quality of life among Syrian refugees resettled in Sweden. Qual Life Res [Internet]. 2020;29(2):505–14. Available from: https://doi.org/10.1007/s11136-019-02323-5

29. Melsæter KN, Tangen GG, Skjellegrind HK, Vereijken B, Strand BH, Thingstad P. Physical performance in older age by sex and educational level: the HUNT Study. BMC Geriatr [Internet]. 2022;22(1):1–12. Available from: https://doi.org/10.1186/s12877-022-03528-z

30. Jellestad L, Auschra B, Zuccarella-Hackl C, Princip M, von Känel R, Euler S, et al. Sex and age as predictors of health-related quality of life change in Phase II cardiac rehabilitation. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2023;30(2):128–36. Available from: https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac199

31. Rissanen R, Ifver J, Hasselberg M, Berg HY. Quality of life following road traffic injury: the impact of age and gender. Qual Life Res [Internet]. 2020;29(6):1587–96.

Available from: https://doi.org/10.1007/s11136-020-02427-3

32. Wilcke H, Glaubitz S, Kück F, Anten C, Liebetanz D, Schmidt J, et al. Female sex and overweight are associated with a lower quality of life in patients with myasthenia gravis: a single center cohort study. BMC Neurol. 2023;23(1):366.

33. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in older adults-recent advances and remaining challenges. Vol. 13, Nutrients. 2021.

34. Otten L, Stobäus N, Franz K, Genton L, Müller-Werdan U, Wirth R, et al. Impact of sarcopenia on 1-year mortality in older patients with cancer. Age Ageing. 2019;48(3).

35. Cunha AIL, Veronese N, de Melo Borges S, Ricci NA. Frailty as a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. Vol. 56, Ageing Research Reviews. 2019.

36. Molsted S, Wendelboe S, Flege MM, Eidemak I. The impact of marital and socioeconomic status on quality of life and physical activity in patients with chronic kidney disease. Int Urol Nephrol [Internet]. 2021;53(12):2577–82. Available from: https://doi.org/10.1007/s11255-021-02826-6

37. Huang Z, Shi J, Liu W, Wei S, Zhang Z. The influence of educational level in peri-menopause syndrome and quality of life among Chinese women. Gynecol Endocrinol [Internet]. 2020;36(11):991–6. Available from: https://doi.org/10.1080/09513590.2020.1781081

38. Braadt L, Meisinger C, Linseisen J, Kirchberger I, Zickler P, Naumann M, et al. Influence of educational status and migration background on the long-term health-related quality of life after stroke. Eur J Neurol. 2022;29(11):3288–95.

39. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. BMC Public Health. 2017;17(1):1–11.

40. Busutil R, Espallardo O, Torres A, Martínez-Galdeano L, Zozaya N, Hidalgo-Vega Á. The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. Health Qual Life Outcomes. 2017;15(1):1–11.

41. Kang EK, Kim S, Rhee YE, Lee J, Yun YH. Self-management strategies and comorbidities in chronic disease patients: associations with quality of life and depression. Psychol Heal Med [Internet]. 2021;26(8):1031–43. Available from: https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1838585

42. Assaf EA, Al-Yateem N, Badarneh A, Saifan A. Chronic obstructive pulmonary disease patients' quality of life and its related factors: A cross-sectional study of the Jordanian population. F1000Research. 2022;11:1–15.

43. Park B, Ock M, Lee HA, Lee S, Han H, Jo MW, et al. Multimorbidity and health-related quality of life in Koreans aged 50 or older using KNHANES 2013-2014. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):1–10.

44. Muaidi QI, Ahsan M. Measurement of visceral fat, abdominal circumference and waist-hip ratio to predict health risk in males and females. Pakistan J Biol Sci. 2019;22(4).

45. Cao Q, Yu S, Xiong W, Li Y, Li H, Li J, et al. Waist-hip ratio as a predictor of myocardial infarction risk A systematic review and meta-analysis. Vol. 97, Medicine (United States). 2018.

46. El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, Hodis HN, Johnson AE, Langer RD, et al.

Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation. 2020;142(25):E506–32.

47. Pan M, Tu R, Gu J, Li R, Liu X, Chen R, et al. Associations of Socioeconomic Status and Physical Activity With Obesity Measures in Rural Chinese Adults. Front Public Heal. 2021;8(January):1–10.

48. Steptoe A, Hiltl TJ, Dowd JB, Hamer M. Socioeconomic status and central adiposity as determinants of stress-related biological responses relevant to cardiovascular disease risk. Brain Behav Immun [Internet]. 2019;77(September 2018):16–24. Available from: https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.11.019

49. Tarqui-Mamani C, , Doris Alvarez-Dongo PE-O. Cardiovascular risk according to abdominal circumference in Peruvians. An Fac med. 2017;78(3):287–91.

50. da Silva DCG, Fiates GMR, Botelho AM, Vieira FGK, Medeiros KJ, Willecke RG, et al. Food consumption according to degree of food processing, behavioral variables, and sociodemographic factors: Findings from a population-based study in Brazil. Nutrition. 2022;93.

51. Nahar-van Venrooij LMW, Marhe E, Antonius-Smits C, Krishnadath IS. Adequate and excessive food consumption in Suriname: a multiethnic middle-income country. Int J Public Health. 2018;63(9).

52. Muzurović E, Peng CCH, Belanger MJ, Sanoudou D, Mikhailidis DP, Mantzoros CS. Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Cardiovascular Disease: a Review of Shared Cardiometabolic Risk Factors. Hypertension. 2022;79(7):1319–26.

53. Nasreddine L, Bachir N, Kharroubi S, Chamieh MC, Mehio Sibai A, Hwalla N, et al. Anthropometric Cutoffs for Increased Cardiometabolic Risk among Lebanese Adults: A Cross-Sectional Study. Metab Syndr Relat Disord. 2019;17(10):486–93.

54. Braffett BH, Bebu I, El Ghormli L, Cowie CC, Sivitz WI, Pop-Busui R, et al. Cardiometabolic Risk Factors and Incident Cardiovascular Disease Events in Women vs Men with Type 1 Diabetes. JAMA Netw Open. 2022;5(9):E2230710.

55. Beck D, de Lange AMG, Pedersen ML, Alnæs D, Maximov II, Voldsbekk I, et al. Cardiometabolic risk factors associated with brain age and accelerate brain ageing. Hum Brain Mapp. 2022;43(2):700–20.

56. Tomas Ž, Škarić-Jurić T, Zajc Petranović M, Jalšovec M, Rajić Šikanjić P, Smolej Narančić N. Waist to height ratio is the anthropometric index that most appropriately mirrors the lifestyle and psychological risk factors of obesity. Nutr Diet. 2019;76(5):539–45.

57. Gerdts E, Regitz-Zagrosek V. Sex differences in cardiometabolic disorders. Nat Med [Internet]. 2019;25(11):1657–66. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/s41591-019-0643-8

58. Abanto RL. Impacto de la obesidad en la salud de la mujer adulta mayor. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2017;63(4):615–21.

59. Correa-Rodríguez M, González-Ruíz K, Rincón-Pabón D, Izquierdo M, García-Hermoso A, Agostinis-Sobrinho C, et al. Normal-Weight Obesity Is Associated with Increased Cardiometabolic Risk in Young Adults. Nutrients [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2023 Oct 24];12(4). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32316150/

60. Wijayatunga NN, Dhurandhar EJ. Normal weight obesity and unaddressed cardiometabolic health risk-a narrative review. Int J Obes (Lond) [Internet]. 2021

Oct 1 [cited 2023 Oct 24];45(10):2141–55. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34007010/

61. Sagarra Romero L. , Gómez Cabello A. , Pedrero Chamizo R VM, S , Gusi Fuertes N, Villa Vicente JG, Espino Torón L GGM, Casajús Mallén JA, Vicente Rodríguez G ARI. Relación Entre El Nivel Educativo Y La Composición Corporal. 2017;91:1–15.

62. Bellary S, Kyrou I, Brown JE, Bailey CJ. Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management. Nat Rev Endocrinol [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2023 Oct 26];17(9):534–48. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34172940/

63. Purnamasari D, Tetrasiwi EN, Kartiko GJ, Astrella C, Husam K, Laksmi PW. Sarcopenia and Chronic Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. Rev Diabet Stud [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 26];18(3):157–65. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36309772/

64. Hanna RM, Ghobry L, Wassef O, Rhee CM, Kalantar-Zadeh K. A Practical Approach to Nutrition, Protein-Energy Wasting, Sarcopenia, and Cachexia in Patients with Chronic Kidney Disease. Blood Purif [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Oct 26];49(1–2):202–11. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31851983/

65. Velázquez-López L, Alva-Santana D, Ocaña-Patiño A, de la Peña JE, Goycochea-Robles MV. Increased body fat, physical inactivity, and hypertension are associated with poor quality of life in patients with type 2 diabetes. Cir y Cir (English Ed. 2023;91(2):171–8.

66. Ritchie AI, Wedzicha JA. Definition, Causes, Pathogenesis, and Consequences of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. Clin Chest Med [Internet]. 2020;41(3):421–38. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ccm.2020.06.007

67. Olsson M, Järbrink K, Divakar U, Bajpai R, Upton Z, Schmidtchen A, et al. The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. Vol. 27, Wound Repair and Regeneration. 2019.

68. Wiśnicka A, Lomper K, Uchmanowicz I. Self-care and quality of life among men with chronic heart failure. Front public Heal [Internet]. 2022 Jul 22 [cited 2024 Jun 19];10. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35937256/

69. Mulligan AA, Lentjes MAH, Luben RN, Wareham NJ, Khaw KT. Changes in waist circumference and risk of all-cause and CVD mortality: Results from the European Prospective Investigation into Cancer in Norfolk (EPIC-Norfolk) cohort study. BMC Cardiovasc Disord. 2019;19(1).

70. Gallegos-Zurita M, García WG. DISTRIBUCIÓN DE GRASA CORPORAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, GUAYAQUIL – ECUADOR. 2020 Jul 2 [cited 2023 Sep 22]; Available from: https://zenodo.org/record/3926954

71. Kahn CR, Wang G, Lee KY. Altered adipose tissue and adipocyte function in the pathogenesis of metabolic syndrome. The Journal of clinical investigation, 129(10), 3990–4000. 2019;129(10). Available from: https://doi.org/10.1172/JCI129187.

72. Shukohifar M, Mozafari Z, Rahmanian M, Mirzaei M. Performance of body mass index and body fat percentage in predicting metabolic syndrome risk factors in diabetic patients of Yazd, Iran. BMC Endocr Disord [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Sep 23];22(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36045359/

73. Laine S, Sjöros T, Garthwaite T, Saarenhovi M, Kallio P, Löyttyniemi E, et al. Relationship between liver fat content and lifestyle factors in adults with metabolic

syndrome. Sci Rep [Internet]. 2022;12(1):1–11. Available from: https://doi.org/10.1038/s41598-022-22361-3

74. Morales J, Matta H, Fuentes-Rivera J, Pérez R, Suárez C, Alvines D, et al. Excess weight and cardiometabolic risk among faculty members at a private university of Lima: Opportunity to build healthy environments. Educ Medica. 2018;19(xx):256–62.

75. Leiva AM, Martínez MA, Cristi-Montero C, Salas C, Ramírez-Campillo R, Martínez XD, et al. El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. Rev Med Chil. 2017;145(4):458–67.

76. Kim SH, Kang HW, Jeong JB, Lee DS, Ahn DW, Kim JW, et al. Association of obesity, visceral adiposity, and sarcopenia with an increased risk of metabolic syndrome: A retrospective study. PLoS One [Internet]. 2021;16(8 August):1–16. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0256083

77. Silveira EA, Kliemann N, Noll M, Sarrafzadegan N, de Oliveira C. Visceral obesity and incident cancer and cardiovascular disease: An integrative review of the epidemiological evidence. Obes Rev. 2021;22(1):1–17.

78. Vyas A, Kang F, Barbour M. Association between polypharmacy and health-related quality of life among US adults with cardiometabolic risk factors. Qual Life Res. 2020;29(4):977–86.

79. Khan MS, Aouad R. The Effects of Insomnia and Sleep Loss on Cardiovascular Disease. Vol. 17, Sleep Medicine Clinics. 2022.

80. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cífková R, Dominiczak AF, et al. Hypertension. Nat Rev Dis Prim. 2018;4.

81. Pablo VB, Samuel DA, Andrés GC, Jenny OS, Noemí SS, Eduardo GM, et al. Relationship between sleep quality and quality of life with nutritional status and cardiometabolic risk in physically active older adults. Nutr Clin y Diet Hosp. 2018;38(4):172–8.

82. Ballin M, Lundberg E, Sörlén N, Nordström P, Hult A, Nordström A. Effects of interval training on quality of life and cardiometabolic risk markers in older adults: A randomized controlled trial. Clin Interv Aging. 2019; 14:1589–99.

ANEXO 1

Dear Dr Calizaya-Milla,

A new review report has been submitted by a reviewer in the interactive review forum of your manuscript. Please read through this report, and for further actions see the "What do I need to do now?" section below.

Please click here to access this manuscript directly:
https://review.frontiersin.org/review/bootstrap/fe1ebb93-0237-4365-8923-c793148c50a1

Journal: Frontiers in Public Health, section Children and Health
Article type: Original Research
Manuscript title: Relationship between quality of life and cardiometabolic risk factors in adults in a maternal and child health center: a demographic and body composition analysis
Manuscript ID: 1261138
Authors: Adir B. Vidal-Meza, Sefora L. Condori-Sulca, Natali Huzco-Rutti, Yaquelin E. Calizaya-Milla
Submitted on: 01 may 2024
Interactive review started on: 29 may 2024

Best regards,
Your Frontiers in Public Health Team,

Frontiers | Editorial Office - Collaborative Peer Review Team
www.frontiersin.org
Avenue du Tribunal Fédéral 34
1005 Lausanne Switzerland

ANEXO 2

UPeU
Facultad de Ciencias de la Salud

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

RESOLUCIÓN Nº 107-N-2024/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña 04 de junio de 2024

VISTO:
El expediente de la bachiller **SEFORA LUZ CONDORI SULCA,** identificada con código universitario N° 201710245, de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la declaratoria de expedito para la sustentación de la Tesis en formato articulo;

Que el Comité Dictaminador ha emitido su dictamen aprobando el informe de tesis titulado: *Calidad de vida, características demográficas, clínicas, grasa corporal y riesgo cardiometabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil Miguel Grau nivel I-4. 2023;* presentado por la bachiller **SEFORA LUZ CONDORI SULCA,** reuniendo de esta manera las condiciones previas para la declaratoria de expedito para la sustentación;

Estando en lo acordado en la sesión del Consejo de la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 04 de junio de 2024, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

1. Declarar el expedito de la bachiller **SEFORA LUZ CONDORI SULCA,** que sustente el informe final de la investigación titulado*: Calidad de vida, características demográficas, clínicas, grasa corporal y riesgo cardiometabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil Miguel Grau nivel I-4. 2023;* conducente al Título Profesional de **Nutrición Humana**, el 21 de junio de 2024 a las 10:30 am. en la modalidad presencial.

2. Designar el Jurado de Sustentación, encargado de gestionar la sustentación respectiva, el mismo que queda constituido por los siguientes miembros:

Presidente:	Mg. Maria Miranda Flores
Secretario:	Mg. Bertha Chanducas Lozano
Asesor:	Mg. Mg. Natali Charo Huzco Rutti
Vocal:	Mg. Mery Rodriguez Vásquez
Vocal:	Mg. Maria Collantes Cossio

Registrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN - DECANA

Dra. Lili A. Fernández Molocho
DECANA

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN - SECRETARIA ACADÉMICA

Mg. Maria Esther Valencia Orrillo
SECRETARIA ACADÉMICA

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

RESOLUCIÓN N° 108-N-2024/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña 04 de junio de 2024

VISTO:
El expediente de la bachiller **ADIR BENJAMIN VIDAL MEZA,** identificada con código universitario N° 201811203, de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la declaratoria de expedito para la sustentación de la Tesis en formato articulo;

Que el Comité Dictaminador ha emitido su dictamen aprobando el informe de tesis titulado: *Calidad de vida, características demográficas, clínicas, grasa corporal y riesgo cardiometabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil Miguel Grau nivel I-4. 2023;* presentado por la bachiller **ADIR BENJAMIN VIDAL MEZA,** reuniendo de esta manera las condiciones previas para la declaratoria de expedito para la sustentación;

Estando en lo acordado en la sesión del Consejo de la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 04 de junio de 2024, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

1. Declarar el expedito de la bachiller **ADIR BENJAMIN VIDAL MEZA,** que sustente el informe final de la investigación titulado*: Calidad de vida, características demográficas, clínicas, grasa corporal y riesgo cardiometabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil Miguel Grau nivel I-4. 2023;* conducente al Título Profesional de **Nutrición Humana**, el 21 de junio de 2024 a las 10:30 am. en la modalidad presencial.

2. Designar el Jurado de Sustentación, encargado de gestionar la sustentación respectiva, el mismo que queda constituido por los siguientes miembros:

Presidente:	Mg. Maria Miranda Flores
Secretario:	Mg. Bertha Chanducas Lozano
Asesor:	Mg. Mg. Natali Charo Huzco Rutti
Vocal:	Mg. Mery Rodriguez Vásquez
Vocal:	Mg. Maria Collantes Cossio

Regístrese, comuníquese y archívese.

Dra. Lili A. Fernández Molocho
DECANA

Mg. María Esther Valencia Orrillo
SECRETARIA ACADÉMICA

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Calidad de vida, características demográficas, clínicas, grasa corporal y riesgo cardio metabólico en adultos y adultos mayores de un Centro Materno Infantil Miguel Grau nivel I-4. 2023.

Responsables: Sefora Condori Sulca y Adir Vidal Meza
Objetivo: Evaluar la relación entre calidad de vida, grasa corporal y riesgo cardio metabólico en el adulto y adulto mayor.
Participación: Se solicita su permiso para que usted pueda participar de manera voluntaria en la realización del presente estudio. Se le pedirán sus datos generales, además del uso de instrumentos para la medición de sus pliegues cutáneos, circunferencia de cintura y cadera, asimismo se le realizará un cuestionario de calidad de vida (SF-12) para poder conocer su funcionabilidad.
Riesgos del estudio: El estudio no presenta ningún riesgo para la salud.
Beneficios del estudio: Debe conocer que el presente estudio contribuye a la mejora de conocimientos en el área de salud y nutrición. Este estudio permitirá conocer la relación entre la calidad de vida y riesgo cardio metabólico, si se ve afectada con el peso.
Tiempo estimado de ejecución: Para la realización de la toma de datos, llenado de cuestionarios y medidas antropométricas se estima un tiempo de 50 minutos.
Costo de la participación: El presente estudio no tiene costo alguno.
Confidencialidad: Toda la información obtenida en el estudio a realizar es estrictamente confidenciales.
Requisitos de su participación: Que usted tenga una edad mayor a 18 años. Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento, con lo cual usted autoriza y acepta la participación del estudio voluntariamente.
Información: Para cualquier consulta podrá comunicarse con Sefora Condori Sulca o Adir Vidal Meza al 936360085.

Declaración voluntaria:
Yo, …… he sido informado acerca del objetivo, he conocido los riesgos y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que mi participación es gratuita y voluntaria. Entiendo también los beneficios del estudio, por lo tanto, acepto participar voluntariamente en la presente investigación: **Calidad de vida relacionada a la grasa corporal y riesgo cardio metabólico en adulto y adulto mayor de un hospital de tercer nivel III-1 de Lima. 2023.**

Firma:_____ Fecha: _____

ANEXO 4

FICHA DE REGISTRO DE DESCRIPCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

I. INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente con atención las preguntas que se presentaran, tómese el tiempo necesario, luego marque con un aspa (x) la respuesta que crea conveniente y rellene sus datos.

II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad:_____años

Sexo: M (_) F (_)

Grado de instrucción: Primaria (_) Secundaria (_) Superior (_)

Estado Civil: Soltero (_) Casado (_) Viudo (_) Divorciado (_)

¿Presenta enfermedad no trasmisible?: Si (_) No (_)

Mencione cuál (es) son: _____

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (SF-12)

I. INSTRUCCIONES

- Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.
- Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla (x). Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta.
- Por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1.-En general, usted diría que su salud es:	**1 Excelente**	**2 Muy buena**	**3 Buena**	**4 Regular**	**5 Mala**

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?			
2.-Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	**1 Sí, me limita mucho**	**2 Sí, me limita un poco**	**3 No, no me limita nada**
3.-Subir varios pisos por la escalera			

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemasen su trabajo o actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
4.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	**1 Sí**	**2 No**
5.- ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nerviosa)?		
	1	**2**

6-¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	**Sí**	**No**
7.- ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		

8.- ¿Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas?				
1 **Nada**	**2** **Un poco**	**3** **Regular**	**4** **Bastante**	**5** **Mucho**

Estas preguntas tratan sobre cómo se siente y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, dé la respuesta que más se acerque a la forma en que se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante la semana pasada?					
9.-¿Se ha sentido tranquilo y en paz?					
Todo el tiempo	**La mayor parte del tiempo**	**Una buena parte del tiempo**	**Algo de tiempo**	**Un poco de tiempo**	**Ninguno de los tiempos**
10.-¿Tenía mucha energía?					
Todo el tiempo	**La mayor parte del tiempo**	**Una buena parte del tiempo**	**Algo de tiempo**	**Un poco de tiempo**	**Ninguno de los tiempos**

11.- ¿Se ha sentido desanimado y triste?					
Todo el tiempo	**La mayor parte del tiempo**	**Una buena parte del tiempo**	**Algo de tiempo**	**Un poco de tiempo**	**Ninguno de los tiempos**
12.-Durante la última semana pasada, ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?					
Todo el tiempo	**La mayor parte del tiempo**	**Algo de tiempo**	**Un poco de tiempo**	**Ninguna de las veces**	

ANEXO 6

FICHA PARA EL REGISTRO DE GRASA CORPORAL

Fecha	Pliegue tricipital (mm)	Pliegue Bicipital (mm)	Pliegue cresta iliaca (mm)	Pliegue suba escapular (mm)

ANEXO 7

FICHA PARA EL REGISTRO DE RIESGO CARDIO METABÓLICO

Fecha	Circ. Cintura	Circ. Cadera	Índice cintura y cadera