



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTERNA**

Disfunción familiar como factor asociado a desnutrición en adultos
mayores de un Hospital-IV Essalud, Trujillo 2020-2021

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
Segundad Especialidad en Medicina Interna**

AUTORA:

Rodriguez Castro, Sully Marita (orcid.org/0000-0002-7425-6688)

ASESORA:

Dra. Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar (orcid.org/0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pp
CARÁTULA	
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	10
3.2. Variables y operacionalización.....	10
3.3. Población, muestra y muestreo.....	10
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	11
3.5. Procedimientos.....	12
3.6. Método de análisis de datos.....	13
3.7. Aspectos éticos.....	13
IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	14
4.1. Recursos y Presupuesto.....	14
4.2. Financiamiento.....	15
4.3. Cronograma de ejecución.....	15
REFERENCIAS	
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el proceso donde intervienen diferentes factores, dentro de ellos tenemos los biológicos, psicológicos y sociales; pero resulta difícil diferenciar los cambios que aparecen por el envejecimiento de los causados por enfermedades crónicas. Sabemos que el pasar del tiempo es igual en todo el cuerpo humano; sin embargo, algunos órganos experimentan el efecto de distintas formas. Estos efectos suelen ser universales, irreversibles, progresivos, pueden afectar el consumo de alimentos, así como también la fisiología de la nutrición.¹

A nivel mundial, se calcula que los humanos mayores de 60 años representan aproximadamente 600 millones, de ellos 400 millones son de países subdesarrollados; a su vez diferentes estudios proyectan que para el 2025 la población se duplicará y se considera en el 2051, aproximadamente el total de adultos mayores ascenderá a un total de 2 mil millones.²

Los continentes que presentan un aumento a gran velocidad del número de adultos mayores (AM) son: el continente africano, continente americano y también el Caribe. La pirámide de la población en Europa y en Norteamérica se observa que tiene una angosta base y con una cúspide ancha; lo cual significa que el porcentaje mayor de sus pobladores son adultos mayores. En comparación con América Latina, donde todavía se mantiene la estructura piramidal normal. Actualmente, se evidencia en diferentes estudios que el continente americano está envejeciendo, conllevando a que este proceso afecta también a Perú.³

En los últimos años, se ha observado en Perú, que el binomio edad y sexo de la población está teniendo variaciones significativas. En 1950, la población peruana estaba estructurada de forma básica por la niñez; es decir, las personas menores de 15 años eran 42 de cada 100 personas; en el año 2022 se evidencia una reducción, siendo ahora 24 de cada 100 personas. Se evidencia un ascenso de la

proporción de peruanos que son AM, de aproximadamente de 5% en el año 1950 a 13% en este año 2022. ⁴

Según reportes del mes de junio del año 2022, reportaron que 24% de los hogares peruanos están conformados por AM, algunos censos expresan que al menos un adulto mayor tiene desnutrición; representando en Lima el 36,2%, en zonas urbanas 20% y en zonas rurales en 15,4%. La desnutrición puede deberse al no acceso a comidas nutritivas, a la soledad y a la disfunción familiar. ^{4, 5}

La desnutrición en los adultos mayores tiene diversas causas, las cuales pueden estar asociadas a diversos factores, como son: Alteraciones fisiológicas propias de la edad, así tenemos, a la disminución de masa magra, pérdida progresiva del sentido del gusto debido a que las papilas gustativas van disminuyendo, pérdida del olfato, descenso de la secreción salival, reducción de secreción gástrica, valores disminuidos de la absorción de vitamina D. ⁶

Existen muchos otros factores que producen la desnutrición, dentro de ellos tenemos que la desnutrición se encuentra relacionada con un bajo nivel socioeconómico, paciente con estado de depresión y también a factores funcionales y factores psicológicos sociales propios del envejecimiento, como son la soledad, falta de redes de apoyo o cuidado, aislamiento en su entorno familiar y la disfunción familiar. Pues todo ello, ocasiona finalmente que los adultos mayores, representan la población principalmente vulnerable de sufrir problemas nutricionales. ⁷

En este estudio: **¿La disfunción familiar se asocia a desnutrición de adultos mayores de un Hospital-IV ESSALUD de Trujillo del 2020 al 2021?**

Esta investigación se justifica debido a que la desnutrición se encuentra incrementada en los pacientes adultos mayores. Es importante, demostrar el energético impacto de la disfunción familiar en el incremento de ella, debido a que puede ser controlada por ello es importante reconocerla e identificarla para lograr disminuir la prevalencia antes mencionada. En este estudio analizaré si este factor, de mi problema de investigación, estaría ocasionando desnutrición.

El **objetivo general** es: Establecer si la disfunción familiar es factor asociado a desnutrición de los adultos mayores del Hospital-IV ESSALUD en Trujillo, del 2020 al 2021.

Se plantean los **objetivos específicos**: Identificar el porcentaje de adultos mayores con desnutrición que tienen o no disfunción familiar. Reconocer el porcentaje de adultos mayores sin desnutrición que presentan o no disfunción familiar. Caracterizar a los adultos mayores del estudio según edad y sexo.

H1: La disfunción familiar es un factor asociado a desnutrición en adultos mayores que son atendidos del Hospital-IV ESSALUD en Trujillo, del 2020 al 2021. H0: La disfunción familiar no es factor asociado a desnutrición de adultos mayores del Hospital-IV ESSALUD en Trujillo, del 2020 al 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Barrios T. et al. (Panamá, 2021), realizó un estudio donde evaluaron a 160 adultos mayores de consulta externa en un estudio analítico y transversal, encontraron que según el MNA cerca de 23% eran AM en riesgo de malnutrición. La edad fue un factor asociado con un OR: 1.12 (IC 95%). Por lo que concluyeron que existe alta prevalencia de malnutrición y va en aumento cada año.⁸

Celaya C. et al. (España,2020), realizó una investigación sobre estado nutricional de los AM que se encontraban en la hospitalización, en un estudio retrospectivo, evaluó que los AM con desnutrición según el MNA presentaron mortalidad mayor (OR: 1,80; IC 95%: 1,01-3,20) con mayor riesgo de estancia en hospitalización de forma extensa, por lo que se concluye que el riesgo desnutrición y tener desnutrición se presentan con frecuencia en los AM de un hospital en el servicio de geriatría a su vez se relacionan a una mortalidad mayor.⁹

Fuentes P. et al. (México, 2020), elaboró un estudio donde participaron 146 AM, de ellos 62% fue de mujeres y el 38% de hombres. Se obtuvo que 69.24 años fue la edad promedio. Se encontró desnutrición en 25 %, riesgo de desnutrición en el 49% y normal en el 26%. En tanto a la desnutrición se considera que el 24, 9% estuvieron desnutridos, el 27.02% con sobrepeso y el 48 % con obesidad. Por ello concluyeron que existe prevalencia de desnutrición mayor que lo encontrado en estudios nacionales en un 11.3%.¹⁰

Arancibia M. et al. (Bolivia, 2018), evaluaron los factores relacionados a desnutrición en AM, realizaron un estudio en 147 pacientes, de los cuales el 37% presentaron malnutrición y entre los factores estaban la dependencia y la depresión, así como la disfunción familiar ya que muchos de ellos eran viudos, además se evidenció que ser del sexo masculino prevalecía la desnutrición.¹¹

Choque A. et al. (Bolivia, 2017), investigó acerca del estado nutricional de los AM de un centro hospitalario, a través de un estudio transversal lograron evaluar

la nutrición de los AM, encontrando AM con estado nutricional normal e IMC de 26 ± 5 kilogramos/m² en mujeres y 25 ± 4 kilogramos/m² en hombres, donde el peso promedio fue de 60 ± 13 kilogramos en mujeres y en 64 ± 10 kilogramos en varones. ($p > 0,05$) IC 95%. Aproximadamente los AM presentaron bajo peso y 25% presentaron sobrepeso y obesidad, predominando la obesidad en un 19% afectando más al sexo femenino.¹²

Venegas I. et al. (Ecuador 2017), a través de un estudio observacional donde evaluaron a 107 AM que acudieron a consultorio externo, vieron que la prevalencia de desnutrición fue de 4%; el 63% eran varones; el 61% estaban entre los 65 años y los 74 años. La autonomía en el consumo de alimentos actuó como factor protector de desnutrición (IC95%=0,02-0,91; $p=0,02$) y las comorbilidades se asociaron a desnutrición (IC95%, valor de $p=0,03$). Concluyeron que el estado de desnutrición presentó asociación estadística significativa a las comorbilidades, significando un factor de riesgo.¹³

Giraldo G. et al. (Colombia 2017), investigó en una muestra de 261 AM, que el 60% presentaron riesgo de tener desnutrición y los AM con desnutrición fueron 6%. Algunos de ellos tenían dependencia para realizar funciones con un OR de 2.74, IC 95%:1,07-5,53 y depresión con un OR de 7.02, IC95%:2,08-23,74. Concluyeron que existe un elevado número de AM con malnutrición o que tienen riesgo de presentar malnutrición asociado a un bajo nivel socioeconómico, dependencia o depresión.¹⁴

Torres V. et al. (Ecuador 2017), analizaron el nivel de disfunción familiar en AM y su asociación con los diferentes síndromes geriátricos, considerando dentro de ellos a la desnutrición. La muestra estuvo conformada por un total de 149 AM. Los resultados evidenciaron que un 43% presentaron desnutrición y el 38.2% presentaron disfuncionalidad familiar, con un $p=0.76$ con esto significa que no se encontró significancia estadística y con relación negativa con OR=0.85 con un IC del 95%: 0.31-2.35.¹⁵

Pérez E. et al. (México, 2017), demostraron que prevalece la desnutrición y la depresión en un 15% de AM presentaron un estado nutricional adecuado, 72%

de AM presentaron riesgo de llegar a la malnutrición y el 11% de AM presentaron malnutrición. Además lograron demostrar que el 63% presentaron prevalencia de depresión relacionada con la desnutrición con un OR de 2.4 con un IC de 0.79-7.38. Concluyeron que AM con depresión y varones estuvieron asociados a desnutrición.¹⁶

Montejano A. et al. (España 2017), analizaron los factores relacionados a la desnutrición en AM. La muestra estuvo conformada por 660 adultos mayores. Para ello emplearon el MNA con el fin de valorar la nutrición. Los resultados fueron que el 23% presentaban factores asociados para tener desnutrición. Los factores relacionados a tener riesgo de desnutrición, tenemos a la DF (OR= 2.34), patologías crónicas (OR=1,38) y tener patologías agudas (OR=2,03). El incremento del IMC estaba asociado a una óptima nutrición (OR=0,85). Concluyeron que presentar comorbilidades sirvió como indicador para presentar desnutrición.¹⁷

Alvarez N. et al. (México, 2017), estudió los factores relacionados a malnutrición en 820 AM, para ello utilizaron como variables al IMC, depresión, comorbilidades, capacidad de la función física y mental. La desnutrición se presentó en un total de 261 AM, representando el 31%. Los resultados encontrados bajo nivel socioeconómico (OR = 2,52), depresión (OR = 5,41), dificultad al acostarse solos (OR = 3,25), salir sin compañía con un OR de 2.70, estuvieron relacionados a riesgo de desnutrición y a presentarla.¹⁸

Carrasco K. et al. (México 2016), estudiaron la relación entre DF y la desnutrición en AM, utilizó el Apgar familiar y el MNA, encontrando de una muestra de 103 AM, con DF (Apgar \leq 7) y con desnutrición (MNA \leq 22). Los AM con MNA=22 era 79% en el grupo DF comparado al grupo sin DF que era 20%, OR=11,8 (IC 95%:3,97-.36,5), con p=0,001. Concluyeron con la existencia de la relación entre la DF y la malnutrición.¹⁹

Cárdenas H. et al. (Perú, 2022), determinaron el porcentaje de desnutrición y del riesgo de desnutrición asociado a factores en AM, de los cuales el 51% tenía riesgos de presentar desnutrición y el 2% presentaban malnutrición, dentro de

los factores estudiados tenemos la dependencia funcional con un OR de 3,8; IC95%(2-7,4) y tener riesgo social con un OR igual a 3.1; IC95% (1.8-5.5), con ello se evidencia altos porcentajes de AM en riesgo nutricional asociados a factores mencionados anteriormente.²⁰

Miranda Y. et al (Perú, 2018), estudió si existe relación entre malnutrición y disfunción familiar en AM en un hospital evidenciaron que la DF tiene una significativa relación con padecer desnutrición con una $p=0.002$. La DF está relacionado a la malnutrición con un OR: 62.43, (IC: 14.8 - 262.6), significando que son propensas a tener malnutrición en hasta ocho veces más. Concluyendo la existencia de la relación de ambas variables.²¹

La desnutrición se define como la disminución en la constitución del cuerpo que se encuentra conformada: el incremento de agua extracelular, pérdida de electrolitos como potasio, descenso del IMC, descenso del tejido adiposo y descenso de las proteínas lo que conlleva a un descenso en los parámetros de nutrición inferiores del percentil 75.²²

Así tenemos que en los AM nacionales, la disminución de la nutrición se observa con una disminución no voluntaria del peso mayor del 4% al año mayor de 5 kg en 6 meses, índice de masa corporal menos de 22, niveles de albúmina baja, colesterol disminuido. Por el contrario, los AM de asilos tienen desnutrición evidenciada con disminución del peso en más de 2,5 kilogramos al mes o cerca del 10% en aproximadamente 6 meses, ingesta menor del 75% de su desayuno, almuerzo y cena. También se tiene que los AM hospitalizados, presentan desnutrición manifestada con el consumo menor de aproximadamente la mitad de lo calculado como necesario, disminución de la albúmina y descenso del colesterol.²³

Dentro de 3 tipos de desnutrición, dentro de ellos tenemos el marasmo como la desnutrición calórica, evidenciada en la disminución de proteínas, así como de las calorías, algunos pacientes permanecen con la proporción igual de proteínas

y energía. Caracterizada por la disminución de reservas del cuerpo, descenso en masa muscular y del porcentaje de la grasa por causa del ayuno prolongado presentando una apariencia caquéctico. Se puede observar el marasmo en personas con patologías no agudas; es decir, en patologías crónicas tales como cáncer, patología respiratoria como EPOC, caquexia cardiaca, y la anorexia nervosa.²⁴

Otro tipo, tenemos al Kwashiorkor, el cual está presente en pacientes con alimentación escasa, constituida por cereales como alimento energético pero con proteínas bajas. Se puede evidenciar con frecuencia en países no desarrollados. Los pacientes que padecen Kwashiorkor refieren inicio brusco asociado con aparición de sepsis, politraumatismos, traumatismo craneoencefálico grave debido a que sólo fueron hidratados con líquidos endovenosos.²⁵

Y por último, tenemos al tipo kwashiorkor marasmático que es una desnutrición mixta. Este tipo se asocia al marasmo y al kwashiorkor. Es posible encontrar este tipo de desnutrición con una frecuencia mayor en los pacientes hospitalizados.²⁶

Los AM presentan descenso del cortisol y disminución de noradrenalina conllevando a un detenimiento de la descarga de aminoácidos del músculo y liberación de ácidos grasos en el tejido graso. El descenso de aminoácidos del plasma ocasiona la elaboración de la hormona del crecimiento, de la cual su función lítica incrementa los ácidos lipídicos que circulan y con la disminución de las lipoproteínas producen el hígado con grasa. Existe incremento del agua total del cuerpo, así como del sodio que se distribuye de forma inadecuada; resultando la hiponatremia, potasio bajo, fosfato bajo, magnesio bajo y aumento de la desmineralización, afectando también en la disminución de los valores del plasma de zinc y cobre.²⁷

Los métodos para valoración del estado de nutricional de los AM son variados, dentro de ellos tenemos los métodos de cribado y métodos para valorar la nutrición Mini Nutritional Assessment (MNA), consiste en preguntas para

determinar la salud nutricional, otro es la Valoración Global Subjetiva (VGS), tiene puntos a favor y en contra, lo que complica la elección del método, Se debe tener presente que para diagnosticar la desnutrición se tiene que realizar una agrupación de datos de las diversas pruebas. Considerar también las variables antropométricas como son IMC, circunferencia abdominal, talla y peso. Así como estimar valores de hematocrito, hemoglobina, perfil lipídico albúmina y glucemia.²⁸

El MNA, es el método de evaluación básica verificado en adultos mayores. Cuenta con 2 subdivisiones, el cribado MNA Short Form con 6 interrogantes sobre la variación del apetito, consumo de alimentos, descenso del peso, del IMC, valoración funcional, problemas neurológicos y psicológicos; así como enfermedades agudas o estrés en el trimestre previo al examen. Si el resultado del cribado es = o menos de 11 puntos, continuaremos completando las preguntas, en total son 17. La segunda parte relacionada a costumbres en la alimentación, componente social, funcional, medidas antropométricas (circunferencia braquial y pantorrilla). Identificamos a los normonutridos si su puntaje es > 24; en riesgo de desnutrición si están entre los 17 a 23,5 pts y pacientes con desnutrición < 17 pts.²⁹

La VGS, creada por Baker para ser un método de valoración estructurada y fácil que evalúa historia clínica, la patología actual y la exploración física. Se subdivide en tres tipos: con adecuada nutrición (A), moderada desnutrición (B) y con desnutrición grave (C). Evaluará cambios del IMC y consumo de alimentos, patologías gástricas y la capacidad funcional, patologías previas y grado de estrés por la importancia en requerimientos.³⁰

La valoración de la función familiar está definida por todas las relaciones de la familia que poseen una conexión entre los integrantes que la conforman, cuentan con la disposición para subsanar los problemas, con adecuada comunicación, con empatía y apoyo a nivel emocional. A su vez, manifiesta que el adecuado funcionamiento familiar es el que permite a la familia lograr de forma correcta los objetivos y funciones asignadas. La prueba que evalúa la

disfunción de la familia, es el apgar de la familia, en ocasiones este funcionamiento es bueno o malo, por condiciones estresantes ocasionado la disfunción familiar caracterizada por ausencia de relaciones familiares estrechas, se evidencia insatisfacción al estar unidos, con necesidades individualizadas, con ausencia de interés en el aspecto sentimental de las personas que integran la familia. ³¹

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo: Aplicado ⁽³²⁾

Diseño de investigación: No experimental. Correlacional causal de casos y controles, pareados, retrospectivo. ⁽³²⁾ (Anexo N° 01)

3.2. Variables y operacionalización

Variable independiente: Disfunción familiar

Variable dependiente: Desnutrición

Variable interviniente: Edad y Sexo

Operacionalización de variable: (Anexo N° 02)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población:

Totalidad de los pacientes adultos mayores del Hospital-IV Essalud en Trujillo del año 2020 al 2021

Criterios de inclusión:

Adultos mayores atendidos en el Hospital que firman consentimiento informado

Pacientes que viven en un núcleo familiar, con o sin cuidador

Criterios de exclusión:

Adultos con edad menor de 60 años.

Pacientes que viven solos con o sin cuidador.

Muestra:

Aplicando la fórmula del estudio casos y controles pareados: tenemos como muestra obtenida: 30 casos y 60 controles. (Anexo N° 03) ⁽²⁰⁾

Muestreo: Probabilístico, aleatorio simple. ⁽²⁰⁾

Unidad de análisis: Cada paciente adulto mayor.

Unidad de muestreo: Cada paciente adulto mayor.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Aplicación de las encuestas y la exploración física. ⁽²⁰⁾

Instrumento: Para evaluar la disfunción familiar se aplicará el Apgar Familiar, si el puntaje es de 0-6 es Disfunción Familiar. (Anexo N° 04)
Para evaluar el estado nutricional se aplicará el MNA, si el puntaje es menor a 17 indica Desnutrición. (Ver Anexo 5)

Además se consideran datos generales como la edad y el género.

Validación y confiabilidad:

Apgar Familiar: Elaborado por Gabriel Smilkstein. Es fiable el test-retest porque tiene un nivel mayor de 0.75. Con buena consistencia interna, el α de Cronbach es de 0.84. Demostrando correlación con un índice de 0.8 entre el instrumento antes empleado (Pless-Satterwhite Family Function Index) y este Test. Tiene una sensibilidad de 65%.

Mini Nutritional Assessment: Validado y desarrollado por Vellas y Guioz, de geriatría de Toulouse. Es fiable por su coeficiente de kappa tiene valor de 0.6 a 0.8; también el alfa de Cronbach: alfa de 0.930. Tiene una sensibilidad de 96%, con una especificidad de 98% y VP en 70% a 75%.

3.5 Procedimientos

Se solicitará el permiso correspondiente al encargado del establecimiento de salud para iniciar con la recolección de datos, en la primera consulta se explicará al paciente; así como al familiar y/o cuidador sobre el estudio, luego se pedirá la aceptación del paciente y/o cuidador a participar, para ello colocarán su firma en el formato de consentimiento informado. (Ver Anexo 06)

Realizaré la exploración física, luego utilizando la balanza hospitalaria, se obtendrá las medidas antropométricas; es decir el peso y talla; también con ayuda de una cinta métrica se medirá las circunferencias braquial y de la pantorrilla.

Luego aplicaré los cuestionarios para valorar el estado de nutrición con el MNA, iniciaremos con el cribado que corresponde a la primera parte del test, si el AM obtiene un puntaje mayor o igual a 11 se completará la encuesta contestando las demás preguntas.

Posterior a ello, continuaremos con el siguiente test que es el apgar familiar para valorar la disfunción familiar, se realizará el cuestionario al paciente. Todo ello aproximadamente en un tiempo de 20 minutos por AM.

3.6 Método de análisis de datos

La información, presentada en tablas de recolección de datos, se procesa con el programa Database de la plataforma de software SPSS v.25 del M. Windows. La información se presentará en unas tablas tetracóricas.

Luego se obtendrá el chi cuadrado, con la finalidad de demostrar las diferencias significativas, con un valor de p menor a 0.05 de las frecuencias observadas y de las esperadas, el valor de Odds Ratio y también con Intervalo de Confianza de 95%.

3.7 Aspectos éticos

Este estudio se realizará con respeto de todas las Normas Éticas en investigación, consideradas en la declaración de Helsinki. Con el interés principal en el punto 21, el cual señala que la investigación en medicina en personas tiene que estar conformada con los principios aceptados científicamente y respaldarse tanto en la bibliografía; así como en otras fuentes de información científica.⁽³³⁾

Además en concordancia con la RM número 233 del año 2020 del MINSA, se debe incentivar la investigación en el área de salud, que incluye personas, se investigue respetando los criterios éticos internacionales y los nacionales.⁽³⁴⁾

Todo esto en base al Código de Ética y Deontología del CMP, el cual en el artículo número 42 nos refiere que todos los médicos que realizan investigación deben respetar la normativa nacional e internacional que controla las investigaciones que incluyen personas.⁽³⁵⁾

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Recursos y Presupuesto:

RUBROS /PARTIDAS	Especificaciones	Valor unitario en Nuevos Soles	Valor total en Nuevos Soles
RECURSOS HUMANOS	Asesor estadístico	500.00	500.00
	Asesor	500.00	500.00
	Investigador	200.00	200.00
MATERIALES	Lapiceros	85.00	85.00
	Hojas Bond A4	20.00	20.00
	USBs	30.00	30.00
SERVICIOS	Internet	200.00	200.00
	Teléfono	087.00	087.00
	Impresiones	050.00	050.00
	Pasajes	200.00	200.00
	Refrigerio	150.00	150.00
	Alimentación	600.00	600.00

Consolidado de los Datos

RUBROS/ PARTIDAS	DENOMINACION	COSTO EN NUEVOS SOLES
	Recursos Humanos	1200.00
	Materiales y útiles de oficina	135.00
	Servicios	1287.00
Total General		2622.00

4.2. Financiamiento:

El estudio será autofinanciado por los responsables de la investigación, excepto el asesor que es cubierto por la Universidad. En total serán 2622.00 incluido IGV.

ENTIDAD FINANCIADORA	MONTO	PORCENTAJE
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO (Financiamiento con asesor)	s/. 500.00	19%

4.3. Cronograma de ejecución:

N°	ACTIVIDAD	Año 2022								2023
		MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
01	Elaboración del proyecto	o	o	o	o					
02	Implementación del proyecto					o	o	o		
03	Recolección de información								o	
04	Análisis de información								o	
05	Realización del informe								o	
06	Sustentación del informe								o	o

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandoval, L y V, Luis. Evaluación del estado nutricional de los pacientes adultos mayores ambulatorios. Rev Med Hered [online]. 1998, vol.9, n.3 [citado 2022-09-21], pp. 104-108. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1998000300003&lng=es&nrm=iso
2. Manzano FA, Velázquez GA. La inexactitud de la relación de la dependencia demográfica. Análisis de caso (2001-2010). Cuad geogr [Internet]. 2016 [citado el 20 de septiembre de 2022];55(2):107–26. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/3920>
3. Castro Cárdenas. Capacidad funcional y el estado nutricional en adultos mayores institucionalizados de la provincia de Huancayo durante el 2021, Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11276/2/IV_F_CS_502_TE_Lazo_Castro_Vega%20_2022.pdf
4. Ruiz Calderón, R., Romero Cándor E. Situación de la Población Adulta Mayor, Informe Técnico N°2, INEI [Internet]. Junio 2022. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-ene-mar-2022.pdf>
5. Contreras A, Mayo Gualber VAI, Romaní D, Silvana Tejada G, Yeh M, Ortiz PJ et al. Malnutrición del adulto mayor y los factores asociados, Junín, Perú. Rev Med Hered [Internet].2013 Jul [citado 2022 Jul 12]; 24(3):186-191. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300002&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300002&lng=es)
6. Barrera Sotolongo J, Osorio León S. Envejecimiento y la nutrición. Rev Cubana Invest Biomed [Internet]. 2007 Mar [citado 2022 Jul 17]; 26(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000100008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000100008&lng=es)
7. Jiménez-Benítez D., Rodríguez-Martín A., Jiménez-Rodríguez R. Análisis de los determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutr. Hosp. [Internet] [citado 2022 Jul 18]; 25(Suppl 3): 18-25. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003&lng=es)

8. Barrios T, Barrios R, Valdés V, Morales G, Barba A, Ríos-Castillo I. Evaluación del estado nutricional de adultos mayores de 65 años de la Península de Azuero de Panamá: estudio transversal. An gerontol [Internet]. 2021 [citado el 10 de octubre de 2022];13(13):52-78. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/45640>
9. Celaya Cifuentes S, Botella Romero F, Sánchez Sáez P. Estado nutricional de los ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica. Nutr. Hosp. [Internet]. 2020 Abr [citado 2022 Sep 10]; 37(2): 260-266. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000300006&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000300006&lng=es) Epub 03-Ago-2020. [https://dx.doi.org/10.20960/nh.03005.](https://dx.doi.org/10.20960/nh.03005)
10. Camacho Guerrero A, Fuentes Pimentel L. Prevalencia del estado de desnutrición en los adultos mayores de una Unidad Médica Familiar de León, Guanajuato, México. El Residente [Internet]. 2020;15(1):4–11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2020/rr201b.pdf>
11. Arancibia Quispe M, Choque García, M, Ortuste Ibáñez C. Factores asociados a la desnutrición en los adultos mayores de 60 años. Centro de salud “Santa María Madre de Dios”. Chuquisaca. Enero a marzo del 2018. Associated [Internet]. Ciencia.bo. [citado el 10 de agosto de 2022]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/abm/v29n97/v29n97_a06.pdf
12. Choque, V, Estado Nutricional de los adultos mayores que acuden a la Universidad Municipal Del Adulto Mayor. Cuad. Hosp. Clín. [Internet]. 2017 [citado 2022 Sep 17]; 58(1): 19-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000100003&lng=es.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000100003&lng=es)
13. Venegas Izquierdo, P., Peña Cordero, S. Impacto de la nutrición en los adultos mayores de una sede social en Centro de Atención Ambulatoria, Año 2015. Revista Latinoamericana de Hipertensión [en línea]. 2017, 12(3), 83-87[fecha de Consulta 15 de Agosto de 2022]. ISSN: 1856-4550. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187002>

14. Giraldo Nubia A., Paredes Arturo Y, Idarraga Yelithza, Aguirre Acevedo Daniel. Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de la desnutrición en los adultos mayores, Colombia: estudio transversal. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2017 Mar [citado 2022 Sep 18] ; 21(1): 39-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452017000100006&lng=es. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.21.1.288>.
15. Torres Rojas V, Beltrán Carreño J. Funcionalidad familiar como indicador del estado actual y pronóstico de síndromes geriátricos en los adultos mayores [Internet]. [Ecuador]:Universidad del Azuay; 2017. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6460?locale=es>
16. Pérez Cruz E, Lizárraga Sánchez DC, Martínez Esteves MDR. Association between malnutrition and depression in elderly. Nutr Hosp [Internet]. 2017 [citado el 23 de septiembre de 2022];29(4):901–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112014000400025
17. Montejano Lozoya AR, Ferrer Diego RM, Martínez Alzamora N, San Juan Quiles A, Ferrer Ferrándiz E. Nutrition-related risk factors in autonomous non-institutionalized adult elderly people. Nutr Hosp [Internet]. 2017 [citado el 10 de agosto de 2022];30(4):858–68. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001100011
18. Franco Álvarez N, Ávila-Funes J, Ruiz Arreguá L. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio salud, bienestar y envejecimiento en México. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2007 [citado el 20 de agosto de 2022];22(6):369–74. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-465113>
19. Carrasco Peña K, Tene C, Elizalde A. Disfunción familiar y desnutrición en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [citado el 1 de octubre de 2022];53(1):13-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55095>
20. Cárdenas Quintana H, Machaca Hilasaca M, Roldán Arbieta L. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. Nutr clín diet hosp [Internet]. 2022 [citado el 6

de octubre de 2022];42(01). Disponible en:
<https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/242>

21. Miranda Cabanillas YA. Asociación entre la disfuncionalidad familiar y la desnutrición en adultos mayores de 60 años en el hospital Albrecht en Trujillo. 2018 [citado el 20 octubre de 2022]; Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_b7f76efb9f536bc092ade6ef36cf372
22. Falque Madrid L, Maestre GE, Morán de Villalobos Y. Deficiencias nutricionales en adultos y adultos mayores. An venez nutr [Internet]. 2017 [citado el 5 de setiembre de 2022];18(1):82–9. Disponible en:
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000100016
23. Del M, Arias Núñez C. La desnutrición en pacientes hospitalizados. Principios básicos de la aplicación de nutrición artificial [Internet]. Meiga.info. [citado el 10 de septiembre de 2022]. Disponible en:
<https://meiga.info/guias/nutricionartificial.pdf>
24. Morley JE. Desnutrición calórico-proteica [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 20 de setiembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n-cal%C3%B3rico-proteica-dcp>
25. Muñoz AMR. Desnutrición Severa Tipo Kwashiorkor. Revista Gastrohnutp Año 2016 Volumen 15 Número 1 (enero-abril): [Internet]. 2012 [citado el 20 de octubre de 2022];15(1):20–6. Disponible en:
<https://revgastrohnutp.univalle.edu.co/a13v15n1/a13v15n1art3.pdf>
26. Villalpando Carrión S, Romero Raizabal BL, Jaramillo Alvarado JG, Moreno Espinoza S, Castillo Martínez ID, Escobar Sánchez MA. Desnutrición tipo Kwashiorkor. Bol Med Hosp Mex [Internet]. 2017;71(6):377–86. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v71n6/v71n6a9.pdf>

27. Rodríguez MG, Sichaca EG. Mortalidad por desnutrición en adulto mayor, Colombia, 2015-2017. *Biomédica* [Internet]. 2019 [citado el 2 de noviembre de 2022];39(4):663–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.4733>
28. Campos R, Portillo D, Milla SP, García Vázquez N, Serván PR, García-Luna PP, et al. Valoración del estado nutricional en un entorno asistencial en España. *Rev esp nutr comunitaria* [Internet]. Disponible en: <https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC2017supl1ASISTENCIA.pdf>
29. Deossa Restrepo G, Restrepo Betancur L, Velásquez Vargas J, Varela Álvarez D. Evaluación nutricional de los adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. *US* [Internet]. 20 dic. 2017 [citado 1 de octubre 2022];18(3):494-0. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3108>
30. Zúñiga Granillo P, Esparza Corona E, Chávez Pérez C, Muñoz Ramírez M, Sánchez Nava V. Comparación de valoración global subjetiva y la valoración global subjetiva modificada con los marcadores antropométricos y de laboratorio para detección de riesgo de malnutrición en los pacientes críticamente enfermos. *Med. crit. (Col. Mex.Med.Crit)* [revista en Internet]. 2017 Oct [citado 2022 Set 19] ; 31(5): 268-274. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000500268&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000500268&lng=es)
31. Mayorga-Muñoz C, Gallardo-Peralta L, Galvez-Nieto JL. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en las personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Rev Med Chile* [Internet]. 2019 [citado el 14 de octubre de 2022];147(10):1283–90. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147o10/0717-6163-rmc-147-10-1283.pdf>

32. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación. 4 ed. Mexico, México: McGraw-Hill 2006. 850 p.

33. WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Wma.net. [citado el 19 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

34. MINSA aprobó documento para la realización de investigaciones en salud bajo los estándares éticos internacionales [Internet]. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/minsa-aprobo-documento-para-la-realizacion-de-investigaciones-en-salud-bajo-los>

35. Colegio Médico del Perú (2020). Código de Ética y Deontología. [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2021/01/CODIGODE-ETICA.pdf>

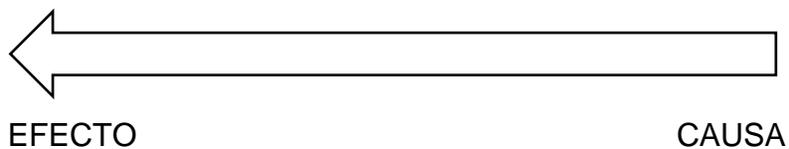
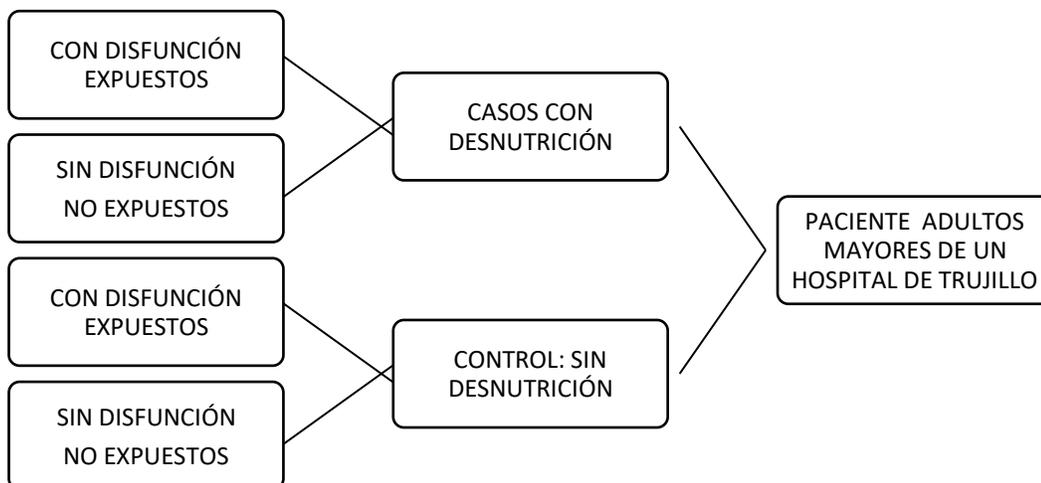
ANEXOS

Anexo N°01: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES DE RIESGO	CASOS	CONTROLES	TOTAL
	CON DESNUTRICIÓN	SIN DESNUTRICIÓN	
CON DISFUNCIÓN	A	B	A+B
SIN DISFUNCIÓN	C	D	C+D
TOTAL	A+C	B+D	A+B+C+D

Casos: Adultos mayores que tienen desnutrición con o sin disfunción familiar.

Control: Adultos mayores que no tienen desnutrición con o sin disfunción familiar.



Anexo N°02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V. INDEPENDIENTE: DISFUNCIÓN FAMILIAR	El no respeto de normas y jerarquías de la familia, desvalorizando a los integrantes e incumpliendo los roles y las responsabilidades, no satisfaciendo sus necesidades básicas de sus integrantes. ⁽⁵⁾	Disfuncionalidad con test de: Apgar Familiar Disfunción:0-6 No Disfunción:>7	Con disfunción familiar Sin disfunción familiar	Cualitativa dicotómica
V. DEPENDIENTE: DESNUTRICIÓN	Alteración de la composición corporal debido al aumento de agua extracelular, disminución de K y masa muscular, pérdida de grasa e hipoproteinemia.	Valoración de desnutrición con: MNA Desnutrición:< 17 puntos Sin desnutrición: 17-30	Desnutrición Sin desnutrición	Cualitativa Dicotómica
V. INTERVINIENTES: EDAD	Números de años de vida del AM	Fecha de Nacimiento del DNI del AM	Años	Cuantitativa Discreta
SEXO	Condición de género del AM.	Registro de Género en DNI del AM	Varón Mujer	Cualitativa Dicotómica

Anexo N°03: FÓRMULA PARA EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

MUESTRA DE CASOS Y CONTROLES PAREADOS

$$n = \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$$

$$Z_{1-\beta} = 0,84$$

$$p_1 = 24,622\% = 0,24^{(19)}$$

$$p_2 = 79,400\% = 0,79^{(19)}$$

$$p = p_1 + p_2 = 52\% = 0,52011$$

n= 15 casos

30 controles

Total = 45 pacientes

Resultado:

- 15 casos (adultos mayores que tienen desnutrición) y 30 controles (adultos mayores que no tienen desnutrición)

Con la intención para lograr una representación mejor de esta investigación, se decide doblar los valores obtenidos:

- Siendo la cantidad de casos en total: 30 (adultos mayores con desnutrición) y controles en 60 (adultos sin desnutrición).

Anexo N°04 : INSTRUMENTO 1

TEST DE APGAR FAMILIAR

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CODIGO: _____
EDAD: _____ **SEXO:** _____

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

	CASI NUCA	A VECES	CASI SIEMPRE
Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me está preocupando			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute temas de interés común y acciones de resolución de problemas conmigo			
Me parece que mi familia acepta mis deseos de asumir nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa y responde a mis sentimientos como la ira, la tristeza y el amor			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos			

PUNTAJE:

- Alta funcionalidad: 7-10 puntos
- Disfunción moderada: 4-6 puntos
- Disfunción severa: 0-3 puntos

Anexo N°05: INSTRUMENTO 2

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Apellidos:..... Nombre:..... Sexo:..... Fecha:.....
Edad:..... Peso (kg):..... Estatura (cm):.....

Rellenar el formulario. Cuando tenga el número total de puntos, compárelo con la puntuación indicada de desnutrición.

Valoración antropométrica

- Índice de masa corporal:
 - IMC < 19 = 0 puntos
 - IMC 19 a < 21 = 1 punto
 - IMC 21 a < 23 = 2 puntos
 - IMC > 23 = 3 puntos
- Circunferencia antebrazo (cm) (CA):
 - CA < 21 = 0 puntos
 - CA 21 a 23 = 0,5 puntos
 - CA > 23 = 3 puntos
- Circunferencia de la pantorrilla (cm) (CP):
 - CP < 31 = 0 puntos
 - CP > 31 = 1 punto
- Pérdida de peso durante los últimos 3 meses:
 - Pérdida de peso mayor de 3 kg = 0 puntos
 - No sabe = 1 punto
 - Pérdida de peso entre 1 y 3 kg = 2 puntos
 - Sin pérdida de peso = 3 puntos

Valoración global

- Vive independiente (no en residencia u hospital):
 - No = 0 puntos
 - Sí = 1 punto
- Toma más de tres medicamentos al día:
 - Sí = 0 puntos
 - No = 1 punto
- Ha sufrido un estrés psicológico o una enfermedad:
 - Sí = 0 puntos
 - No = 1 punto
- Movilidad:
 - Tiene que estar en la cama o en una silla = 0 puntos
 - Capaz de levantarse de la cama o silla pero no de salir = 1 punto
 - Puede salir = 2 puntos
- Problemas neuropsicológicos:
 - Demencia o depresión grave = 0 puntos
 - Demencia leve = 1 punto
 - Sin problemas psicológicos = 2 puntos
- Úlceras en la piel o por presión:
 - Sí = 0 puntos
 - No = 1 punto

Valoración dietética

- ¿Cuántas comidas completas toma el paciente al día?:
 - 1 comida = 0 puntos
 - 2 comidas = 1 punto
 - 3 comidas = 3 puntos

- Indicadores seleccionados de la ingesta de proteínas:
¿Al menos un servicio de productos lácteos (leche, queso, yogur) al día? Sí No
¿Dos o más servicios de legumbres o huevos a la semana? Sí No
¿Carne, pescado o pollo cada día?
Sí 0 o 1 sí = 0 puntos
Sí 2 sí = 0,5 puntos
Sí 3 sí = 1 punto
- ¿Consumo dos o más derivados de frutas o verduras al día?:
 - No = 0 puntos
 - Sí = 1 punto
- ¿Ha reducido el consumo alimenticio durante los últimos 3 meses debido a la falta de apetito, problemas digestivos o dificultades al masticar o tragar?:
 - Gran falta de apetito = 0 puntos
 - Falta de apetito moderada = 1 punto
 - Sin falta de apetito = 2 puntos
- ¿Cuánto líquido (agua, zumo, café, té, leche...) consume diariamente? (1 taza = 1/4 de litro):
 - Menos de 3 tazas = 0 puntos
 - De 3 a 5 tazas = 0,5 puntos
 - Más de 5 tazas = 1 punto
- Manera de alimentarse:
 - Incapaz de comer sin ayuda = 0 puntos
 - Se autoalimenta con dificultad = 1 punto
 - Se autoalimenta sin ningún problema = 2 puntos

Valoración subjetiva

- ¿Creen que tiene problemas nutricionales?:
 - Desnutrición importante = 0 puntos
 - No sabe o desnutrición moderada = 1 punto
 - Sin problemas nutricionales = 2 puntos
- Comparándose con gente de su misma edad, ¿cómo consideran su estado de salud?:
 - No tan bueno = 0 puntos
 - No sabe = 0,5 puntos
 - Igual de bueno = 1 punto
 - Mejor = 2 puntos

Valoración total (máximo 30 puntos)

Puntuación indicadora de desnutrición

> 24 puntos	Bien nutrido
de 17 a 23,5 puntos	a riesgo de desnutrición
< 17 puntos	desnutrido

Anexo N°06:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

DISFUNCION FAMILIAR ES FACTOR ASOCIADO A DESNUTRICION EN ADULTOS MAYORES EN UN HOSPITAL DE TRUJILLO

Yo, _____ identificado(a) con DNI número: _____. Acepto participar de forma voluntaria en el proceso de recolección de datos del proyecto en mención, elaborado por la MC Sully Marita Rodríguez Castro.

Aceptando mi participación y comprometiéndome en responder de manera honesta y veraz a todas las preguntas que se me realicen. Autorizo que los datos que se obtendrán, de este proceso de investigación, se utilicen para efectos de sistematización y publicación del resultado final de esta investigación. Expreso que los investigadores me han explicado previamente el objetivo (Establecer si la disfunción familiar es factor asociado a la desnutrición en los adultos mayores atendidos en el Hospital-IV ESSALUD de Trujillo, 2020-2021) y otros alcances de dicho proceso.

Fecha:

Firma del participante

Firma del investigador responsable

Firma del Familiar y/o cuidador

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa académico Segunda Especialidad en Medicina Interna de la Universidad César Vallejo sede Trujillo, asesor (a) del proyecto de investigación, titulada:

"Disfunción familiar como factor asociado a desnutrición en adultos mayores de un Hospital-IV Essalud, Trujillo 2020-2021" de la autora Rodriguez Castro, Sully Marita, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 6.00% verificable en el reporte de originalidad del programa de Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el artículo de revisión de literatura científica proyecto de investigación cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo 18 de octubre 2023



Apellidos y Nombres del Asesor: Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar	
DNI: 17907759	Firma  CMP: 19275
ORCID: 0000-0002-6764-4068	