UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FACTORES DETERMINANTES DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MICAELA BASTIDAS EN EL AÑO 2017.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Bach. Enf. ORFA ARMAS CIMA
Bach. Enf. AMANDA MAIBI BARTRA PAREDES

.

PUCALLPA – PERÚ

2019

Esta tesis titulada: **"FACTORES DETERMINANTES DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MICAELA BASTIDAS EN EL AÑO 2017"**, fue aprobado por el jurado evaluador conformado por:



Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
Presidente



Mg. Víctor Misael Hernández Mendoza
Miembro



Mg. Rosa Del Carmen Delgado Soria
Miembro

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Constancia

N° 006

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el TRABAJO DE INVESTIGACION titulado:

"FACTORES DETERMINANTES DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MICAELA BASTIDAS EN EL AÑO 2017".

Cuyos autores son:

Amanda Maibi, Bartra Paredes

Orfa, Armas Cima

Asesor: **Mg. Yolanda Palazuelos Pezo**

Escuela: **Enfermería**

Facultad: **Ciencias de la Salud**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 6%.

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO

DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

Fecha: 15/01/2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
Dirección General de Producción Intelectual
UCAYALI

Firma: _____
DRA. DINA PARI QUISPE
Direc. Gral. Prod. Intel.

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Orfa Armas Cima

Autor de la TESIS titulada:
"Factores determinantes del Estado Nutricional del adulto mayor que asiste al programa del adulto mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017"

Sustentada el año: 2018

Con la asesoría de: Mg. Yolanda Palazuelos Pezo

En la Facultad de: Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de: Enfermería

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones. Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

- [x] Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).
- [ ] Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 18/01/2019

Email: orfita-02-24@hotmail.com

Firma:

Teléfono: 965833771

DNI: 40369324

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Amanda Maibi Bartra Paredes
Autor de la TESIS titulada:
"FACTORES DETERMINANTES DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MICAELA BASTIDAS EN EL AÑO 2017"

Sustentada el año: 2018
Con la asesoría de: Mg. Yolanda Palazuelos Perzo
En la Facultad de: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de: Enfermería

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones. Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

- [x] Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).
- [ ] Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.
En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 18/01/2019

Email: amanda_traviesa_94@hotmail.com Firma:

Teléfono: 930637167 DNI: 72225924

DEDICATORIA

A Dios, por darme vida para culminar este trabajo, a mis padres por brindarme siempre su apoyo incondicional y a mi novio por su comprensión y motivación.

Amanda Maibi.

A Dios, por darme la fortaleza para seguir adelante, a mi esposo por su amor, apoyo y comprensión, a mis hijos quienes son mi motor y motivo para formarme como futura profesional, a mis padres y hermanos por todo su apoyo.

Orfa.

AGRADECIMIENTO

A la Lic. Enf. Ivonne Montero Jefa del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas, por facilitarnos el uso de los ambientes del Programa del Adulto Mayor para la realización de este trabajo de investigación.

A los adultos mayores que participaron amablemente con nosotras en el proceso de recolección de datos brindándonos su tiempo y paciencia.

A nuestra asesora la Mg. Yolanda Palazuelos Pezo, por darse el tiempo para orientarnos, apoyarnos y corregirnos nuestro trabajo de investigación para poder así lograr obtener nuestro Título Profesional.

A los miembros del jurado evaluador, por las sugerencias e interés en la revisión de este estudio.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTO vii
ÍNDICE DE TABLAS x
RESUMEN: xi
ABSTRACT xii
INTRODUCCIÓN. xiii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16
1.1. Planteamiento del Problema 16
1.2. Formulación del problema 19
1.3. Objetivos 19
1.3.1. Objetivo general 19
1.3.2. Objetivos específicos 20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 21
2.1. Antecedentes bibliográficos. 21
2.1.1. A nivel internacional 21
2.1.2. A nivel nacional 25
2.1.3. A nivel local 30
2.2. Planteamiento teórico. 30
2.3. Definición de términos básicos 45
2.4. Hipótesis, variables y operacionalización de variables 47
2.4.1. Hipótesis 47
2.4.2. Variables 47
2.4.3. Operacionalización de variables. 48
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 51
3.1. Método de investigación 51
3.2. Población y muestra 51
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 52
3.4. Procedimiento para recolección de datos 53
3.5. Tratamiento de datos 53
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 54
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 65

5.1. Conclusiones 65
5.2. Recomendaciones 67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 69
ANEXO 73

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 01 Estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017. 54

Tabla 02 Situación sociodemográfico y el estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017. 56

Tabla 03 Situación sociofamiliar y el estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017. 59

Tabla 04 Situación psicoafectiva y el estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017. 61

Tabla 05 Factor patológico y el estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017. 63

RESUMEN

Trabajo de investigación realizado con el objetivo de establecer los factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017. Estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo de diseño no experimental, la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores, los datos se recolectaron utilizando la técnica de la entrevista y como instrumento el cuestionario, para el análisis de datos se utilizó el sistema estadístico SPSS versión 22 obteniendo los siguientes resultados: del 100% (50) adultos mayores, el 52% (26) se encuentran con delgadez, el 28% (14) con un estado nutricional normal, el 16% (8) con sobrepeso y el 4% (2) presentan obesidad; respecto a la edad el 62% (31) están entre los 65 – 79 años y el 38% (19) tienen de 80 años a mas, así mismo podemos decir que predomina el género femenino con el 60% (30), el 66% (33) viven solos y el 34% (17) tienen pareja, el 66% (33) se encuentran con riesgo social, en el 30% (15) existe problema social y el 4%(2) presenta una situación socio familiar buena; el 90% (45) de los adultos mayores no presentan deterioro cognitivo; sin embargo el 58% (29) de ellos manifiestan depresión afectiva. Concluyendo que la situación sociodemográfico, socio familiar y el estado afectivo son considerados factores determinantes en el estado nutricional del Adulto Mayor.

Palabras clave: adulto mayor, estado nutricional, factores determinantes

ABSTRACT

Research work carried out with the objective of establishing the determining factors of the nutritional status of the elderly person who attends the Senior Adult Program at the Micaela Bastidas Health Facility in 2017Descriptive, cross-sectional and prospective study of non-experimental design, the sample consisted of 50 older adults, the data was collected using the interview technique and as an instrument the questionnaire, for the data analysis we used the statistical system SPSS version 22 obtaining the following results: of 100% (50) of the elderly 52% (26) are thin, 28% (14) with a normal nutritional status, 16% (8) with overweight and 4 % (2) present obesity; With regard to age, 62% (31) are between 65-79 years old and 38% (19) are 80 years old and over, so we can say that the female gender predominates with 60% (30), 66 % (33) are single and 34% (17) have a partner, 66% (33) are at social risk, 30% (15) have a social problem and 4% (2) have a family social situation good (acceptable social situation); 90% (45) of older adults do not present cognitive impairment; however, 58% (29) of them manifest affective depression. Concluding that the socio-demographic situation, family partner and the affective state are considered determining factors in the nutritional status of the Elderly.

Keywords: elderly adult, nutritional status, determinants.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento está caracterizado fundamentalmente, por la concomitancia de factores diversos, tanto sociodemográficos como biológicos, dentro de ellos destaca las enfermedades propias de la vejez atribuidas al propio envejecimiento y que, gracias a los conocimientos actuales, se sabe que dependen fundamentalmente de factores inherentes al estilo de vida, entre los que destaca la nutrición. (1)

Actualmente se reconoce que la nutrición juega un papel importante en el rol del estado de salud; la desnutrición y sobrepeso, están asociadas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.

Según un informe de la OMS la mayoría de enfermedades crónicas aparecen en este periodo de la vida. (2)

Durante el envejecimiento se origina una serie de modificaciones orgánicas que van a acondicionar cambios en la percepción del entorno y consecuentemente, en la integridad psíquica, se produce una serie de alteraciones cognitivas, destacando un enlentecimiento en los procesos mentales y una disminución de la capacidad de aprendizaje. Todos los cambios que se dan en el adulto mayor lo colocan en una situación de vulnerabilidad ante la enfermedad, hecho que a su vez puede tener repercusiones en su estabilidad psicológica. (3)

El estado nutricional de los adultos mayores, se ve afectado por factores determinantes como: factor sociodemográfico, en la que se incluye la edad debido a la perdida funcional, el género ya que son mujeres las que más reportan que su salud no es buena, nivel de estudios y su estado civil; factor sociofamiliar cuando perciben que no cuentan con dinero necesario para sus

gastos y/o no reciben ayuda económica de ningún familiar, al igual que viven solos o en abandono y no les es fácil involucrase en actividades de su comunidad; factor psicoafectivo que involucra el grado de relación emocional y actividad física para sentirse satisfecho con lo que realice por sí mismo y factor patológico como las alteraciones metabólicas y alimentarias, estados de morbilidad tanto crónicos como agudos, la toma de fármacos, alteraciones de cavidad bucal, disminución del apetito.

El objetivo del trabajo fue establecer los factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

Para mayor comprensión, el contenido se divide en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema: En este capítulo se presenta la formulación del problema y objetivos.

Capítulo II: Marco Teórico: Se describe los antecedentes internacionales, nacionales y locales así como el planteamiento teórico del problema, la definición de términos básicos, descripción de las variables y operacionalización de las mismas.

Capítulo III: Metodología: Se describen el método de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y el tratamiento de los datos.

Capítulo IV: Resultados y Discusión: Se presentan las tablas que responden a los objetivos planteados.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones: Elaborados en base a los objetivos planteados y los resultados encontrados en el estudio.

Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas y .Anexos correspondientes utilizados en el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado nutricional en los adultos mayores está relacionado con el proceso de envejecimiento, a su vez este proceso está influenciado por el estado de nutrición mantenido a lo largo de su vida, la malnutrición produce alteraciones en el sistema inmunitario, complicaciones de las patologías y aumento de morbi-mortalidad, que se encuentra incrementado en forma progresiva y se está convirtiendo en un problema de salud pública a nivel mundial, con un gran costo personal ,social y sanitario, su incidencia es tan alta en países industrializados y en aquellos en vías de desarrollo [(4).]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años es considerada de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos [(5) .]

Si bien el envejecimiento de la población se presenta en todo el mundo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio.

El Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector del sistema nacional de salud es el encargado de proveer de atención a los adultos mayores mediante la estrategia de salud del adulto mayor que se encarga de realizar actividades promocionales y preventivas, así como atenciones curativas al usuario geriátrico desde los 65 años a más [6].

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA) y las entidades públicas sectoriales, son responsables de promover políticas y programas dirigidos a mejorar la salud física y mental de las personas adultas mayores logrando un envejecimiento saludable. [7]

Actualmente, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las personas adultas mayores representan el 9,4% de la población total (2 millones 907 mil 138 personas mayores de 60 años) [8].

Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición y está catalogada como uno de los grandes síndromes geriátricos que acontecen a las personas mayores, en un proceso patológico complejo, frecuente y con consecuencias muy negativas para la salud y la calidad de vida de estas personas mayores.

Algunos factores condicionan el estado nutricional de los adultos mayores, destacándose entre ellos el nivel nutricional con la pérdida del apetito, los procesos fisiológicos propios del envejecimiento, las alteraciones del metabolismo y alimentación, las enfermedades, la automedicación, el deterioro cognitivo y el aislamiento social.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) realizado por el MINSA, del grupo de edad de 60 a 79 años se observa una mayor

proporción en el área rural (8,0%) que en el área urbana (7,6%) y en Lima Metropolitana (7,4%). Por otra parte, el grupo de 80 y más años, representa el 1,6% en el área rural y 1,4% en el área urbana. (8)

Respecto al factor determinante sociodemográfico Buckley Tucker dice que la edad constituye un factor importante y el colectivo de los ancianos y es uno de los más vulnerables a la desnutrición. (9)

Así mismo sobre el factor socio familiar Bernal K. y Espinoza A. Menciona que envejecer se asocia con deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se vuelven en fuente de apoyo directo. (10)

Acerca del factor Psicoafectiva Carolina Cortez., menciona que el estado de salud mental es pieza clave para el buen desarrollo en la vida diaria de los adultos mayores y de la independencia con la que convivan, ya que son muchos los factores que construyen una salud mental sana y un estilo de vida optimo, entre ellos está un ambiente de desenvolvimiento seguro, la participación activa dentro de la sociedad y la comunidad, la incorporación a grupos de la tercera edad y la integración con familiares y amigos, elementos que se comportan como protectores frente a los desequilibrios mentales y al estrés que se hacen presentes en esta época de la vida y que progresivamente se encargan de desarrollar patologías como la ansiedad y la depresión, desequilibrios que terminan por aislar a los adultos mayores y conducirlos a la soledad y a la agudización de padecimientos físicos y mentales. (11)

Para hablar del factor Psicoafectiva, tenemos que realizar la valoración mental que consta de dos aspectos, el estado cognitivo y el estado afectivo.

De este modo Montejano R. opina sobre el factor patológico asociado al estado nutricional: Muchas enfermedades crónicas, sus síntomas, sus tratamientos y las consecuencias que los procesos patológicos tienen implicancias nutricionales sobre las personas mayores. Las personas enfermas tienen necesidades nutricionales alteradas, las dietas terapéuticas y los cambios de nutrientes influyen en el estado nutricional. Y por último mencionaremos a los factores físicos y su asociación con el estado nutricional. [3]

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo descrito anteriormente se formuló el siguiente problema:

¿Cuáles son los factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Establecer los factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar el estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.
2. Identificar la situación sociodemográficos como factor determinante del estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.
3. Identificar la situación socio familiar como factor determinante del estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.
4. Identificar la situación Psico-afectiva como factor determinante del estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.
5. Identificar los factores patológicos como factor determinante del estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.

2.1.1. A nivel internacional

Giraldo N., Paredes Y., et. al., en su trabajo de investigación "Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia" Resultados: El 60,1% de los adultos mayores presentó riesgo de desnutrición y el 6,5% desnutrición., también con Hipertensión arterial el 55.2%, artritis con un 36,8%, diabetes tipo II con 13.0% y otros antecedentes el 10%. Así mismo un 14.2% presentaron sintomatología depresiva y un 32.6% presentaron deterioro cognitivo [12]

Santizo Tursios D., en su estudio de investigación sobre "Estado nutricional del adulto" estudio comparativo en una comunidad rural y dos instituciones urbanas de Quezaltenango, en el año 2012" teniendo como resultado de su investigación lo siguiente: Se identificó una mayor proporción de malnutrición en el área rural. Así mismo se realizó la evaluación para riesgo de malnutrición con un mayor porcentaje en el área rural de 48% y el 42% en la

zona urbana. El estado nutricional fue normal para ambos grupos nutricionales. Por otra parte, el sexo con mayor proporción de malnutrición fue el sexo femenino 49.20% a diferencia de los hombres con un 25.80%. [2]

Segura A., et. al., en su trabajo de investigación “Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012”, teniendo como resultados: El riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias 1,9%, la percepción de mala calidad de vida 10,0% y la pérdida de capacidad funcional 6,3%. [13]

Cortez C. en su trabajo de investigación titulado: “Factores demográficos, sociales del estado de salud físico y mental asociados a la capacidad funcional en el adulto mayor del departamento de Antioquia 2012”, cuyos resultados son: el 61.7% son mujeres, mientras que el 38,3% son hombres, el 51,3% corresponde a los adultos jóvenes, mientras que los adultos que se encuentran entre los 75 y 89 años reflejan el 43,7%, se encontró que en su gran mayoría son casados con un 38,7%, mientras que el 30,9% manifiestan ser viudos, además se evidencio que solo el 15,9% son solteros, el 7,4% son separados y los que conviven en unión libre alcanzan el 6,4%. Se encontró que el 66,4% presentan estudios de primaria, mientras que el 31,9% manifiestan haber realizado estudios de secundaria y tan

solo el 1,4% no reportan niveles de educación y solo el 0,4% presentan niveles de educación superior. el 66,6% presenta un nivel de depresión normal, mientras que un 20,1% presenta un riesgo leve de sufrir la enfermedad, por otro lado el 43,2% de los encuestados tienen riesgo de sufrir de ansiedad y en el 49,6% se observa un riesgo de deterioro cognitivo leve, mientras que en el 31,5% se evidencia un deterioro cognitivo moderado la relación existente entre algunas enfermedades crónicas degenerativas y el sexo del adulto mayor, se encontró que las enfermedades más prevalentes dentro del sexo femenino son la hipertensión arterial con un 98,6%, seguido de la diabetes con un 64,9% y las enfermedades cardiacas con un 64,8%, haciéndose presente también los padecimientos cerebrales con un 32,2%, las afecciones de los huesos en un 34,2% y los problemas psiquiátricos en un 32%. (11)

Montejano R. en su trabajo de investigación denominado “Evaluación del riesgo nutricional y de factores asociados en adultos mayores no institucionalizados en la provincia de Valencia.”, obtuvo como resultado, el 48,33% son hombres y el 51,67% mujeres. El 23,33% presentan riesgo de malnutrición, estaban casados o con pareja el 62.58%,eran viudos el 31.36%, el 3.48% estaban viudos o separados y solo el 2.28% estaban solteros, además destaca que el 65.76% no tienen estudios, con estudios primarios solo el 18.79% y solo el 6.21% tenían estudios superiores, el 80.45% manifiesta tener ingresos económicos

superior al sueldo mínimo y el 72.79% manifiestan no tener dificultades económicas, el 89.55% se encuentra en buena situación socio familiar, el 10% se encuentra en riesgo social y solamente el 0.45% se encuentra en una situación de problema social [3]

Hernández Galiot A.et al, en su trabajo de investigación "Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional "cuyos resultados son el 73,7% de la población presentó un buen estado nutricional; el 22,8% tenía riesgo de malnutrición y el 3,5% presentó malnutrición. Algunos sujetos estaban en riesgo social y el 17,5 % presentaba una probabilidad de mortalidad superior al 52% a pesar de ello, el 22,8% del colectivo tenía riesgo de malnutrición, principalmente los mayores de 90 años y las mujeres. [14]

Sanango Valarezo, Genny Isabel en su trabajo de investigación "Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor de la parroquia Cuchil, Sígsig 2015". Resultados: El 54.8% de los adultos mayores presentan un estado nutricional normal, seguido del 22.9% que presenta sobrepeso, el 15.3% de adultos mayores tuvo delgadez y el 7.0% obesidad. Asimismo encontramos que el 38.9% no tienen depresión, el 46.5% tiene depresión leve y el 14.6% tiene depresión severa. [15]

2.1.2. A nivel nacional

Mayca G. y Ramos F. en su trabajo de investigación titulado: "Factores de riesgo relacionados al estado nutricional en los adultos mayores que acuden al centro de salud Zamacola. Arequipa, 2015", llegaron a las siguientes conclusiones: Los factores de riesgo del estado nutricional en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Zamácola son: Demográficos: La edad de 60 a 80 años y el género femenino. Biológicos: El régimen alimenticio que en más de la cuarta parte es hipo sódico e hipercalórico, consumen una sola comida al día, tienen apetito disminuido. En más de la mitad, consume sustancias nocivas, portan enfermedades concomitantes por lo que reciben tratamiento prolongado; poseen limitaciones psicofísicas. En cuanto al estado nutricional de los adultos mayores investigados, predominan los estados: normal que supera la mitad y el estado de desnutrición lo conforma la cuarta parte de los adultos mayores. Los factores de riesgo que se relacionan directamente con el estado nutricional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Zamacola en sus tres categorías son: la edad, el régimen alimenticio, número de comidas al día y el apetito. (1)

Manayalle P. M., en su trabajo de investigación sobre Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región Lambayeque 2013, teniendo como resultado que del total de 208 adultos mayores el 172 (82.70%) se encontraban dentro del rango

de 60 a 79 años y 36 (17.30%) dentro del rango de 80 a más. El sexo predominante es el femenino con 169 (81.30%) y en el estado civil se encontró 95 (45.70%) casados/as y 70 (33.40%) viudos/a. (16)

Mejia C.y Palomino S., en su trabajo de investigacion “Evaluación del estado nutricional de los adultos mayores del Club Social Los Triunfadores Las Lomas De Villa Ancón – 2012”, tuvieron como resultados que de 49 (70%) están entre 60 a 71 años y 21 (30%) entre 72 a 86 años, 36 (51.40%) son de sexo masculino y 34 (48.60%) son de sexo femenino. 30 (42.86%) están en riesgo de desnutrición, 27 (38.57%) están desnutridos y 13 (18.57%) están bien nutridos. (17)

Cutipa S. y Torres Y, en su trabajo de investigación “Factores personales y socio familiares que influyen en el estado de fragilidad en el adulto mayor del Hospital de Dios Ayaviri de Abril-Julio 2015. Llegaron a las siguientes conclusiones: Se identificó los factores personales que si influyen en la edad del Adulto Mayor y estado de la fragilidad en el Adulto Mayor: estado civil del adulto mayor y el estado de fragilidad en el adulto mayor: 0.025, se identificó que si influyen en el factor socio familiar, la situación familiar del adulto mayor y la valoración de fragilidad del adulto mayor: 0.05 y si asiste a las reuniones del barrio o comunidad y el estado de fragilidad del adulto mayor: 0.025, se determinó el estado de fragilidad, que el 38.75% eran adultos mayores frágiles, 33.75% adultos mayores enfermos, 25.00% adultos mayores

sanos y 2.50% eran geriátricos complejo. Conclusiones: Se identificó que la edad, el estado civil, la situación familiar y la asistencia a las reuniones del barrio o comunidad si influyen en el estado de fragilidad del adulto mayor, de lo cual se determinó que son adultos mayores enfermos y frágiles. (18)

Novoa P. y Seclen F. cuyo trabajo de investigación titulado "Factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud José Quiñones Gonzales Chiclayo – 2016. Resultados: Se ha encontrado que 40% son mujeres cuyas edades oscilan de 61 - 70 años; seguido de las mujeres cuyas edades son de 71 a 80 años; luego se tiene que 10,0% son varones de 71 a 80 años. Asimismo se observa la distribución del sexo según el peso del adulto mayor donde el 62,5% son mujeres cuyo peso es de 51kg - 70 kg; se observa el estado nutricional según el sexo y el índice de masa corporal (IMC) del adulto mayor, donde el 42,5% son mujeres presentan sobrepeso; seguido del 20,0% mujeres que tienen un IMC normal y el 17,5% de mujeres que tiene un IMC que indica obesidad; mientras que los porcentajes bajos son de 5% de varones con IMC normal; 10% de los varones tienen IMC que indica sobrepeso y 5% de los varones presentan un IMC que indica obesidad. En cuanto a los factores sociales se ha encontrado que el 48,0% son viudos(as); seguido del 20,0% que son casados. Además, se tiene que el 50,0% vive con sus hijos(as), seguido del 18,0% que vive solo(a). Se tiene que el 84,0% tienen estudios primarios. En

cuanto a los factores económicos se ha encontrado que el 92,50% tienen ingresos menores a S/. 500; el 5% tienen ingresos entre S/.500 - S/.1000; mientras que el 2,5% tienen ingresos mayores a S/.1000; en cuanto a si sufre enfermedades o consume fármacos se tiene que el 77,5% si lo padece; 17,5% no lo padece y el 5% frecuentemente lo padece. Además, se observa que los adultos mayores en un 87,5% no consumen menos de dos comidas. Conclusiones: Se evaluó el estado nutricional de este grupo etario haciendo uso de los parámetros antropométricos según talla, peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales-Chiclayo 2016. Se logró identificar los factores sociales los cuales tienen mayor influencia en cuanto a su estado nutricional. Se identificó los factores económicos como el ingreso económico mensual, los cuales influyeron en el "estado nutricional del adulto mayor [19]

Tarqui Mamani C.et al. En su trabajo de investigación "Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor Peruano" Sus resultados fueron que el analfabetismo, nivel educativo primario, pobreza extrema, residir en área rural sierra o selva fueron factores asociados al bajo peso (26,8%). El 26,8% presentaron delgadez, 21,7% sobrepeso y 10,6% obesidad. El sexo femenino, residir en área urbana o costa; y no ser pobre se asoció a sobrepaso (21 ,7%). El sexo femenino, nivel educativo primario y secundario; vivir en área

urbana, la costa, selva, y no ser pobre, estuvieron asociados a obesidad (10,6%). [20].

Contreras A.et al en su trabajo de investigación “Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín 2013”. Teniendo como resultados: la prevalencia de malnutrición fue 29,9%; y 57,9% en riesgo de malnutrición. El 69,4% presentaban depresión y riesgo de la misma; 27,8% mostró deterioro cognitivo; 93,1% presentaba percepción negativa de su salud oral; 51,4% eran dependientes funcionales y el 100% poseía algún problema social. [21]

Bernal K. y Espinoza A. en su trabajo de investigación “Condición nutricional y sociofamiliar del Geronto que acude al programa del adulto mayor del centro de Salud Toribia Castro de Lambayeque.2016”. Resultados: El 55% de los Gerontos presenta riesgo de desnutrición, el 27.5% presenta malnutrición y el 17.5% un estado nutricional normal, el 57.5% presenta riesgo social, el 20% existe problema social y el 22.5% buena/aceptable situación social como característica resaltante se encuentra que el 65%,vive con familia, sin conflicto familiar; 85% dependen de la familia; 70% toma más de tres medicamentos al día; el 65% comen dos comidas al día; 62.5% presentan enfermedad aguda o de estrés psicológica. 70% tiene un IMC >23; 67.5% mantienen una relación social con la comunidad; 37.5% tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social, 35% recibe

un ingreso irregular (menos del mínimo vital), 50% vive en vivienda semi construida. [10]

2.1.3. A nivel local

Según INEI 2014, los adultos mayores de 60 años a más, encontramos que en la región Ucayali el 28.9% padecen de adelgazamiento, mientras el 43.3% se encuentran con estado nutricional normal, el 20.4% se encuentran con sobrepeso, y el 7.4% están con obesidad. [22]

Sánchez D. y Daza M. cuyo trabajo de investigación Valoración Socio familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz - Manantay 2014.Se obtuvieron los siguientes resultados de 80 (100%) adultos mayores encuestados, 42 (52.5%) manifiestan vivir con su familia y sin conflicto familiar,40 (50%) presentan un ingreso económico irregular (menos del mínimo vital), de igual manera 40(50%) cuentan con una vivienda semi construida con material rustico 41 (51.25%) manifiestan tener relaciones sociales con la comunidad; y 46 (57.5%) no cuentan con seguro social. [23]

2.2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

2.2.1. Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. [1]

El MINSA como ente rector del sistema nacional de salud es el encargado de proveer de atención a los adultos mayores

mediante la Estrategia de Salud del Adulto Mayor que se encarga de realizar actividades preventivas promocionales, así como atenciones curativas al usuario geriátrico desde los 65 años [6]

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA) y las entidades públicas sectoriales, son responsables de promover políticas y programas dirigidos a mejorar la salud física y mental de los adultos mayores logrando un envejecimiento saludable. [7]

Características generales del adulto mayor.

El estado nutricional del adulto mayor se ve afectado por las características del envejecimiento que abarca cambios moleculares celulares, fisiológicos, los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente y en parte se debe a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida. [17]

Envejecimiento:

El envejecimiento no es un proceso de causa única, sino el resultado de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales entre lo biológico, psicológico y lo socio-ambiental. Además, es un proceso dinámico, progresivo e irreversible. [1]

Es un proceso simultáneo, e irreversible que determina la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación física al entorno. Hasta el momento, el envejecimiento es inevitable, ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores

genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades [24]

El envejecimiento es un proceso fisiológico, gradual, progresivo y lesivo. Como cualquier proceso biológico, tiene en el contexto de la segunda ley de la termodinámica y por tanto una expresión de la tendencia que tienen todos los sistemas organizados de proceder hacia el desorden con el transcurrir del tiempo. [1]

Proceso de envejecimiento

El envejecimiento comienza en la concepción y culmina con la muerte [25].

Se caracteriza por ser un proceso progresivo, intrínseco y deletéreo que acontece en todo ser vivo con el paso del tiempo [26]

Desde el punto de vista funcional, se define envejecimiento cuando se han producido un 60% de las modificaciones fisiológicas atribuibles a la edad. Sin embargo, desde el punto de vista fisiológico, se define como aquella situación en la que hay una evidente capacidad disminuida para mantener la homeostasis. [27]

2.2.2 Cambios relacionados con el envejecimiento.

El proceso de envejecimiento se caracteriza porque se acompaña de una serie de cambios, así como la situación familiar, social y económica, que pueden repercutir en gran medida en las actividades de la vida diaria y en la capacidad para alimentarse y por tanto, ser capaces de influir en el estado nutricional, sin

embargo estos cambios no son iguales en todos los individuos, ni vinculan a todos por igual, haciendo al anciano más sensible y susceptible a todos los aportes deficitarios que en etapas anteriores de la vida, donde existen más mecanismos de adaptación. [27]

Cambios físicos y fisiológicos durante el envejecimiento.

Cambios en la composición corporal.

En las personas mayores se produce una sarcopenia o disminución de la masa muscular. Esta sarcopenia es debida a varios factores, entre ellos encontramos. Una menor actividad física o sedentarismo, una menor producción de hormonas anabolizantes, una mayor actividad de citosinas y una mayor reducción de la nutrición. La pérdida de masa muscular produce un declive funcional por pérdida de fuerza, predisponiendo a la persona mayor a tener dificultades para realizar las actividades durante sus actividades diarias, siendo la alimentación una de ellos. [3]

Estatura: A partir de los 50 años de edad, la estatura disminuye entre uno y dos centímetros por década. Esto se debe principalmente a la compresión de las vértebras, a las modificaciones en el tamaño y la forma de los discos vertebrales, a la pérdida de tono muscular y a la caída postural, lo que trae como consecuencia una disminución en la superficie corporal y,

por ende, una reducción significativa en la masa metabólicamente activa. (1)

Masa muscular: Debido a las variaciones en el patrón de actividad física que suelen acompañar el envejecimiento, ocurre una reducción en la masa muscular (sarcopenia).

Esto sucede sobre todo en las fibras rápidas o de tipo II, lo que explica la reducción en la fuerza muscular. (1)

Agua corporal: El agua corporal total también disminuye a medida que la edad avanza. Algunos estudios transversales refieren que la pérdida total tiene su origen principalmente en el descenso del agua intracelular, que se presenta conforme disminuyen las células metabólicamente activas. (1)

Masa ósea: En las mujeres es más claro el efecto del envejecimiento en la disminución de la masa mineral ósea. La osteoporosis está íntimamente vinculada con el envejecimiento, se sabe que por lo menos cinco factores participan en su génesis: el efecto del envejecimiento en sí mismo que acarrea un balance negativo de calcio y vitamina D, la pérdida de la actividad gonadal en la mujer, la fatiga ósea, la laxitud de la conexión entre las trabéculas, y los factores externos, en especial la disminución en el consumo de calcio, el tabaquismo y la vida sedentaria (1)

Masa grasa: Por el contrario, conforme avanza la edad la masa corporal grasa aumenta y sufre una redistribución, que consiste en el desvío de la grasa subcutánea de las extremidades hacia el

tronco. La proporción entre el tejido adiposo profundo y la grasa subcutánea también se incrementa en una proporción que depende en gran parte de la actividad física y del consumo energético de cada persona. (1)

Cambios en los fluidos y la regulación electrolítica.

Desregulación de la sed.

Durante el envejecimiento, la masa libre de grasa (hueso y musculo) tiene aproximadamente el 73% en contenido de agua. La pérdida de musculo da lugar a una menor cantidad de agua corporal total. (9)

Además, la capacidad del riñón para concentrar la orina y el estado funcional del sistema renina aldosterona también esta disminuido, con lo cual también aumenta el riesgo de deshidratación descompensada en un grupo de personas que ya tienen una menor cantidad de agua corporal total (3)

Cambios orales y gastrointestinales

Según Tena y Serrano, el 50% de los adultos mayores de 65 años y el 65% de los mayores de 75 años sufren pérdidas de piezas dentales. Una mala salud dental (dientes sueltos, dentaduras malas adaptadas, caries sin tratar, etc.) puede afectar el tipo y la cantidad de comida ingerida, produciendo problemas de masticación e interfiriendo en una nutrición adecuada. (28)

Con respecto a los problemas gastrointestinales durante el envejecimiento se puede producir gastritis atróficas porque el

estómago se reduce de tamaño y disminuye el número de glándulas y de la función de las membranas mucosas. (9)

2.2.3 Estado nutricional del adulto mayor.

Según el MINSA el estado nutricional es la situación de salud de la persona adulta mayor como resultado de su nutrición, régimen alimentario, estilo de vida, entre otros factores relacionados al proceso de envejecimiento.

El estado nutricional es el resultado del balance de la ingesta de nutrientes y del gasto calórico proteico para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas; las anormalidades de esta condición son consideradas como desnutrición y en el otro extremo el sobrepeso y la obesidad.

Un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de las funciones corporales, así como a la sensación de bienestar y a la calidad de vida. Por el contrario, un estado nutricional inadecuado contribuye a la morbilidad asociada a las enfermedades crónicas y a mayor mortalidad.

En este sentido, se considera desnutrición aquella situación que se desvía de un estado nutricional adecuado, tanto en exceso u obesidad, como en su defecto o malnutrición.

Valoración del estado nutricional del adulto mayor

El concepto de salud de la OMS el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades. Es fundamental considerar la ausencia de enfermedad,

independencia física, bienestar psíquico y buena cobertura de los servicios a la hora de valorar a los ancianos, y se necesita de una herramienta de utilidad, la Valoración Geriátrica Integral, un procedimiento diagnostico multidimensional e interdisciplinar que pretende cuantificar los problemas médicos y la capacidad funcional y psicosocial del individuo anciano con la intención de elaborar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo. (29)

La valoración del estado nutricional, que además es el primer eslabón del tratamiento nutricional, se subdivide a su vez en dos apartados bien definidos: El screening o cribado nutricional y la valoración nutricional propiamente dicha. El objetivo del screening nutricional es identificar a los sujetos malnutridos o que están en riesgo nutricional.

La valoración nutricional indica el estado nutricional y ayuda a identificar los objetivos de la intervención nutricional, también se hace una valoración identificando oportunamente las situaciones de riesgo frecuentes:

- Poli medicación
- Comorbilidad
- Demencia
- Depresión
- Pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Incapacidad para alimentarse por sí mismo.
- Nivel cultural.

Parámetros antropométricos

Las mediciones aisladas son de valor limitado. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en los adultos mayores, considerando que la definición de los estándares adecuados es aún materia de debate. La antropometría tampoco permite una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo, desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral, lo que ocurre con la edad.

Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el adulto mayor son: peso; talla; pliegues cintura, cadera y pantorrilla; diámetro de la muñeca. [17]

Peso y talla

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global. [17]

Índice de masa corporal

El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente así: mayor que 23 kg/m2 y menor que 28 kg/m2. No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango no es recomendable, por lo cual se basan por la tabla de clasificación: delgadez < 23; normal 23.1 – 27; sobrepeso 28 – 31.9; obesidad 32 a más. [17]

2.2.3. Factores determinantes del estado nutricional en el adulto mayor.

Es el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de la población. Existen numerosos factores que influyen en el estado nutricional en el adulto mayor, así como en la conducta alimentaria. Se han realizado diferentes clasificaciones de estos factores, siguiendo distintos criterios.

Factores sociodemográficos.

Edad:

La edad constituye un factor importante y el colectivo de los ancianos es uno de los más vulnerables a la desnutrición. (3)

Género:

El género determina el modo de ser de las personas, así se tiene que las actitudes, los comportamientos, la toma de decisiones; las reacciones ante injurias a la salud y al tratamiento recibido son un tanto distintas en cuanto al género masculino y femenino. (1)

Estado civil y convivencia:

Se ha evidenciado que las personas que no están casados o no tienen pareja tienen un peor estado nutricional que los que viven en pareja. Se ha relacionado al estado civil con la disminución de ingesta de alimentos, teniendo mayor riesgo de malnutrición. La prevalencia de malnutrición se encontraba alrededor del 3%, siendo más frecuentes en mujeres y varones que viven solos**.**

Parámetro demográfico que indica el status de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc.

Nivel de estudios:

El nivel educativo es un factor determinante en el proceso de envejecimiento y sus percepciones. Las personas con mayor nivel de estudios se asocian más, tienen una percepción mejor de su estado de salud, disponen de una mayor información

Factores socio-familiares:

Los factores socio familiares se refiere al apoyo que va recibir el adulto mayor de la sociedad, familia e instituciones públicas y privadas, para poder evaluar se utilizó la Escala de Valoración Socio familiar de Gijón cuyos resultados fueron 66% se encuentran en riesgo social,30% existe problema social y el 4% buena aceptable situación social.

Por otro lado evalúa un grupo de aspectos de la persona que permite identificar las situaciones familiares sociales, económicas y ambientales que condicionan el estado de salud del adulto mayor, con la finalidad de establecer un plan de soporte social adecuado a cada situación. Las preguntas están agrupadas en 5 parámetros.

a) Situación familiar: Definida por la Ley de Equidad de la Vivienda; característica determinada por el hogar de una persona donde uno o más individuos menores de 18 años de edad viven con un padre o un guarda legal.
b) Situación económica: hace referencia al patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen.

c) Vivienda: Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas

d) Relaciones sociales: son las múltiples interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales los sujetos establecen vínculos laborales, familiares, profesionales, amistosos, deportivos.

e) Apoyo de la red social: es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien. Las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores. El valor y la importancia de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria.

Valoración socio-familiar:

- 5 - 9 pts: Buena/aceptable situación social.
- 10 -14 pts.: Existe riesgo social.
- >15 pts: Existe problema social.

Factores Psicoafectivos

Valoración Psicológica

Estado cognitivo: Es la de función cognitivas tales como la memoria la atención y la capacidad de procesamiento de información.

Para evaluar el estado cognitivo se utilizará el cuestionario abreviado de Pfeiffer.

- Normal:<2 E
- DC Leve: 3 a 4E
- DC Moderado: 5 a 7E

Estado afectivo: Es una emoción sostenida y persistente experimentada por el sujeto y expresada de forma que pueda ser percibida por las personas que lo rodean.

Para la evaluación del estado afectivo se aplicará la Escala abreviada de Yesabage. Esta escala determina si la persona adulta mayor presenta o no manifestaciones depresivas.

0 – 1 sin manifestación depresiva.

2 a más con manifestación depresiva.

Factores patológicos

Muchas enfermedades crónicas, sus síntomas, sus tratamientos y las consecuencias que los procesos patológicos tienen implicancias nutricionales sobre las personas mayores. Las personas enfermas tienen

necesidades nutricionales alteradas, las dietas terapéuticas y los cambios de nutrientes influyen en el estado nutricional.

La Poli medicación se asocia con la desnutrición, algunos medicamentos producen pérdida de apetito directamente o por sus efectos secundarios. El dolor de algunos procesos patológicos puede atenuar el apetito o producir nauseas. La incapacidad física o el estado de dependencia, que en algunas ocasiones producen los estados de morbilidad, hacen difícil el acceso a la alimentación. Puede aparecer disfagia dificultando el pase de los alimentos desde el oro faríngeo hasta el estómago, como consecuencia de enfermedades como el Parkinson, esclerosis múltiple, accidente cerebro vascular, reflujo gastroesofágico, cáncer y algunos medicamentos. La pérdida de piezas dentarias también es considerada como un factor predisponente que afecta el estado nutricional en el adulto mayor.

Dentro de los factores patológicos asociados a la nutrición podemos mencionar los siguientes:

Enfermedades agudas (Infecciones, cirugías y traumatismos)

Enfermedades crónicas (EPOC, enfermedades cardiovasculares, Diabetes Mellitus, depresión, Parkinson, hipertensión, artrosis/artritis, colesterol, ACV, cáncer, Tuberculosis, enfermedades del hígado/ vesícula osteoporosis).

Hospitalización, intervenciones quirúrgicas, traumatismos graves. [3]

a) Hospitalización

- Los pacientes que se encuentran hospitalizados por largo tiempo son aquellos que se encuentran más vulnerables a tener problemas de salud relacionada con su estado nutricional.
- Los pacientes con mayor riesgo nutricional son aquellos que se encuentran hospitalizados largos periodos de tiempo
- (Generalmente semanas o meses), los que han sufrido traumatismos graves, los que se han sometido a intervenciones quirúrgicas, los que padecen enfermedades crónicas y aquellos que han tenido dietas insuficientes por tiempo prolongado. (3)

b) Poli medicación

- Poli medicación en términos cualitativos, es el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados, se distinguen tres posibles situaciones :

  • Poli medicación adecuada, cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica.

  • Poli medicación inadecuada, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios.

  • Pseudo polimedicación, que sería el caso del paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente toma. (30)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Endetulismo: Es la pérdida de alguno de los dientes en una persona adulta Este proceso puede ser total o parcial.

Envejecimiento: Es un proceso continuo, universal, irreversible, heterogéneo e individual del ser humano durante todo su ciclo de vida que determina pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, en las personas adultas mayores sanas muchas funciones fisiológicas se mantienen estables, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

Estado nutricional: Es la situación de salud de la persona adulta mayor como resultado de su nutrición, régimen alimentario, estilo de vida, entre otros factores relacionados al proceso de envejecimiento.

Factores Psico-afectivos: Esta referida a aspectos emocionales, motivacionales y actitudinales de la persona. Tiene que ver en sí con las emociones y sentimientos que intervienen en nuestros actos, con los estados emocionales en la determinación de nuestras acciones.

Factores socio-demográficos: Es una característica del estado social de los adultos mayores. Enfatiza en la diversidad de aspectos que permiten interactuar con otras personas. Es un componente esencial para la vida y el desarrollo humano.

Factores socio-familiares: Se refiere al contexto en el que el individuo se desarrolla y actúa dentro de su entorno social y familiar.

Factores patológicos: Muchas enfermedades crónicas, síntomas tratamiento y las consecuencias hacen que conlleven al proceso

patológico como un factor muy importante que va afectar el estado de salud del adulto mayor

Índice de Masa Corporal (IMC): Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como Índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es IMC = Peso (kg) / talla $(m)^2$.

Intrínseco: Que es exclusivo de un órgano, un individuo.

2.4. Hipótesis, variables y operacionalización de variables

2.4.1. Hipótesis

Por ser trabajo descriptivo no amerita formular hipótesis.

2.4.2. Variable

Factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor:

- sociodemográficos
- Socio familiar.
- Psico afectivo.
- Patológico.

2.4.3. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA
FACTOR DETERMINANTE DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR.	Es el conjunto de componentes personales, sociales, políticos, ambientales que determinan el estado nutricional del adulto mayor.	Patrón de comportamiento por la interacción entre: características personales interacciones sociales, y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental.	Factor sociodemográfico	Edad	Adulto mayor (65-79 años) Gran longevo (80 a mas)	65 – 79 años 80 a mas
				Genero	Masculino Femenino	Masculino. Femenino.
				Estado civil	Solo (soltero/divorciado/viudo) Con pareja (casado/conviviente)	Solo Con pareja
				Nivel de estudios	Con estudios básicos (secun/sup) Sin estudios básicos (primar/sin instrucción)	con estudios sin estudios
			Factor Socio familiar	Situación familiar	Vive con familia, sin conflicto familiar	5 - 9 puntos (bueno- aceptable) 10-14 puntos existe riesgo > 15 existe problema social
					Vive con familia presenta algún grado de dependencia	
					vive con familia, presenta algún grado de dependencia física y psíquica	
					vive con conyugue de similar edad	
					Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	
					Vive solo y carece de hijos o viven lejos.	
				Situación económica	Dos veces el salario mínimo vital	
					menos de 2 pero más de 1, salarios mínimos vitales	
					un salario mínimo vital	
					ingreso irregular (menos del mínimo vital)	
					Sin pensión, sin otros ingresos.	
				Vivienda	Adecuada a las necesidades	
					Barreras arquitectónicas	
					Mala conservación, húmeda, mala higiene	
					vivienda semi construida	
					Invasión	

				Relaciones Sociales	mantiene relaciones sociales en su comunidad	
					relación social solo con vecinos y familiares	
					relación solo con la familia	
					no sale de su casa pero recibe visitas	
				Apoyo de la red social	no necesita apoyo	
					requiere apoyo familiar y vecinal	
					tiene seguro pero necesita apoyo	
					no cuenta con seguro social	
					situación de abandono familiar	
			Factor Psicoafectiva	Estado cognitivo	¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	0 - 2 sin deterioro cognitivo 3 - 4 deterioro cognitivo leve 5 -7 deterioro cognitivo moderado
					¿Qué día de la semana?	
					¿En qué lugar estamos?	
					¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene) ¿Cuál es su dirección completa?	
					¿Cuántos años tiene	
					¿Dónde nació?	
					¿Cuál es el nombre del presidente del Gobierno?	
					¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Gobierno?	
					Dígame el primer apellido de su madre.	
					Restar de 3 en 3 desde 30	
				Estado afectivo	¿Está satisfecho con su vida?	0 – 1 sin manifestación depresiva. 2 a más con manifestación depresiva.
					¿Se siente indefenso e impotente?	
					¿Tienes problemas de memoria?	
					¿Sientes desgano o te sientes imposibilitado respecto a actividades o intereses?	

			Factor Patológico	Antecedentes personales	Hipertensión arterial	0 – 1 sin riesgo patológico personal. 2 a más con riesgo patológico personal.
					Diabetes	
					Colesterol alto	
					ACV	
					Cáncer	
					Osteoartritis	
					Hepatitis	
					Accidentes	
					INTERVENCION quirúrgica	
					Tuberculosis	
					Enfermedades cardiovasculares	
				Antecedentes familiares	Tuberculosis	0 – 1 sin riesgo patológico familiar. 2 a más con riesgo patológico familiar.
					Hipertensión arterial	
					Diabetes	
					Infarto	
					Demencia	
					Cáncer	

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Investigación de tipo descriptivo, transversal y prospectivo debido a que solo nos enfocamos en describir los factores determinantes del adulto mayor y analizar su estado nutricional por lo que la recolección de datos fue obtenía en una sola ocasión.

Diseño:

M ——— O

O = Observación.

M = Muestra

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Estuvo conformada por 50 adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

Muestra:

La muestra estuvo integrada por el 100% de adultos mayores que asistieron al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la entrevista y la observación.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron:

- Cuestionario que incluye cuatro test: el primero sobre el factor sociodemográfico que consta de 4 ítems; el segundo sobre el factor socio familiar con 5 parámetros y 5 ítems en cada parámetro; el tercero, factor Psicoafectiva con 14 preguntas y el cuarto, factor patológico con 16 ítems.

  Este cuestionario estuvo basado en la ficha de atención integral del adulto mayor validado por el Ministerio de la Salud, conformado por la ficha de valoración socio familiar, el test de Pfeiffer y la escala abreviada de Yesabage.
- Una ficha de registro donde se anotó el peso y la talla de cada sujeto de investigación.
- Tabla de Clasificación de Índice de Masa Corporal (IMC) para determinar el estado nutricional de cada adulto mayor a través de la formula P/T^2 (Peso por Talla al cuadrado) y se clasificó de acuerdo a la tabla de valoración nutricional según índice de masa corporal (OMS).
  - Delgadez. <23
  - Normal. 23.1 a 27.9
  - Sobrepeso. 28 a 31.9
  - Obesidad. 32 – más.

Además se tiene en cuenta el aspecto ético en la investigación, para ello se pidió la participación voluntaria de los adultos mayores mediante el

consentimiento informado, garantizando a su vez la confidencialidad de la información obtenida.

3.4. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó permiso a la Jefa del Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas para la aplicación del instrumento de recolección de datos, por intermedio de ella se citó a 8 adultos mayores por día al Establecimiento de Salud Micaela Bastidas, una vez reunidos se les dio a conocer el objetivo del proyecto, por el cual se les solicito que firmaran el consentimiento informado, luego se procedió a la aplicación del cuestionario a cada uno de ellos por espacio de 15 minutos aproximadamente, inmediatamente se pesó y tallo a cada participante.

3.5. TRATAMIENTO DE DATOS

Luego de la aplicación del instrumento se creó una matriz de datos en el programa SPSS versión 22.

El análisis de los datos se realizó mediante la estadística descriptiva, la que permitió evidenciar los resultados y elaborar las discusiones respectivas. Los datos fueron presentados en tablas simples y de doble entrada.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 1: Estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

Estado nutricional	N°	%
Delgadez	26	52
Normal	14	28
Sobrepeso	8	16
Obesidad	2	4
Total	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017

En la tabla se observa que del 100% (50) adultos mayores el 52% (26) se encuentran con delgadez, el 28% (14) con estado nutricional normal, el 16% (8) están con sobrepeso y el 4% (2) presentan obesidad.

Encontramos resultados similares con Bernal k. y Espinoza A. [10] donde el 55% de los gerontos presentan riesgo de desnutrición, 27.5% presenta malnutrición y el 17.5% un estado nutricional normal.

Mejia C., y Palomino S. [17], encontraron que el 30 (42.86%) de los adultos mayores presentan riesgo nutricional; 27 (38.57%) están en desnutrición y 13

(18.57%) están bien nutridos, esto se podría relacionar a las condiciones de extrema pobreza de los pobladores.

Podemos interpretar de acuerdo a los resultados que existe un alto índice de delgadez en los adultos mayores, mostrando riesgo nutricional que puede llevar a la desnutrición, dificultando así su estilo y calidad de vida.

Tabla 2: Situación sociodemográfico y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

	ESTADO NUTRICIONAL									
SITUACION	DELGADEZ		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
SOCIODEMOGRAFICO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD										
65 – 79	16	32	8	16	5	10	2	4	31	62
80 – mas	10	20	6	12	3	6	0	0	19	38
TOTAL	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100
GENERO										
Masculino	10	20	6	12	4	8	0	0	20	40
Femenino	16	32	8	16	4	8	2	4	30	60
TOTAL	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100
ESTADO CIVIL										
Solo	17	34	10	20	5	10	1	2	33	66
Con pareja	9	18	4	8	3	6	1	2	17	34
TOTAL	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100
NIVEL DE ESTUDIO										
Con estudio	16	32	4	8	4	8	1	2	25	50
Sin estudios	10	20	10	20	4	8	1	2	25	50
TOTAL	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017

En esta tabla se puede observar que del 100% (50) adultos mayores el 52% (26) presentan delgadez, donde el 32% (16) son de 65 – 79 años de edad, 20% (10) de 80 años a más; del 28% (14) que presentan estado nutricional normal, 16% (8) son de 65 – 79 años de edad y el 12% (6) de 80 años a más; del 16%

(8) que están con sobrepeso, el 10% (5) son de 65 – 79 años de edad y el 6% (3) de 80 años a más; del 4% (2) que presentan obesidad, el 4% (2) son de 65 – 79 años de edad y el 0% (0) de 80 años a más.

Del 100% (50) adultos mayores el 52% (26) presentan delgadez, donde el 32% (16) son del género femenino y el 20% (10) son del género masculino; del 28% (14) que están con estado nutricional normal, el 16% (8) son del género femenino y 12% (6) son del género masculino; del 16% (8) que están con sobrepeso, el 8% (4) son del género femenino y el 8% (4) son del género masculino; del 4% (2) que están con obesidad, son del género femenino

Del 100% (50) adultos mayores el 52% (26) presentan delgadez donde el 34% (17) están solos, el 18% (9) tienen pareja; del 28% (14) con estado nutricional normal, el 20% (10) están solos y el 8% (4) tienen pareja; del 16% (8) que están con sobrepeso el 10% (5) están solos y el 6% (3) tienen pareja; finalmente el 4% (2) que tiene obesidad el 2% (1) está solo y el 2% (1) tiene pareja.

Del 100% (50) adultos mayores, el 52% (26) presentan delgadez donde el 32% (16) tienen estudios y el 20% (10) están sin estudios; del 28% (14) con estado nutricional normal el 20% (10) están sin estudios y el 8% (4) tienen estudios; del 16% (8) que están con sobrepeso el 8% (4) tienen estudios y el 8% (4) están sin estudios y el 4% (2) que están con obesidad el 2% (1) están sin estudios y el 2% (1) tiene estudios.

Datos similares coinciden con Mayca G. y Ramos F. que llegaron a la conclusión que dentro de los factores demográficos como factor de riesgo del estado nutricional en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de

Zamacola son la edad de 60 a 80 años y el género femenino. [1]; y con Cortez C. en su trabajo de investigación titulado: “Factores demográficos, sociales del estado de salud físico y mental asociados a la capacidad funcional en el adulto mayor del departamento de Antioquia 2012”.encontró el 61.7% son mujeres, el 43,7% los adultos mayores se encuentran entre los 75 – 89 años en su gran mayoría son casados con un 38.7%, y el 66.4% presentan estudios de primaria. (11)

Estos resultados revelan que el vivir solos, afecta el estado nutricional del género femenino.

Tabla 3: Situación socio familiar y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

	ESTADO NUTRICIONAL									
SITUACION	DELGADEZ		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
SOCIOFAMILIAR	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Buena	2	4	0	0	0	0	0	0	2	4
Existe riesgo social	17	34	8	16	6	12	2	4	33	66
Existe problema social	7	14	6	12	2	4	0	0	15	30
Total	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017

En esta tabla observamos que del 100% (50) adultos mayores, el 52% (26) que presentan delgadez indican que en el 34% (17) existe riesgo social, en el 14% (7) existe problema social y solo el 4% (2) tienen buena situación socio familiar. Asimismo el 28% (14) que presenta el estado nutricional normal indican que el 16% (8) existe riesgo social, en el 12% (6) existe problema social y el 0% (0) buena situación socio familiar. El 16% (8) que presentan sobrepeso indican que en el 12% (6) existe riesgo social, en el 4% (2) existe problema social y el 0%(0) buena situación socio familiar y el 4% (2) que presentan obesidad indican que en el 4% (2) existe riesgo social, en el 0% (0) existe problema social y el 0% (0) buena situación socio familiar.

Según los resultados obtenidos la situación sociofamiliar es un factor determinante en el estado nutricional del adulto mayor, la existencia de riesgo social, como vivir solo, con escasos recursos económicos para solventar sus

gastos, no tener seguro social, no contar con el apoyo de su familia y estar en situación de abandono, afecta su estado nutricional, alterando sus estilos de vida poniendo en riesgo su estado de salud.

Estos resultados son similares a la investigación de Bernal K. y Espinoza A [10] . El 55% de los gerontos presenta riesgo de desnutrición, el 57.5% presenta riesgo social, el 27.5% presenta malnutrición, el 20% existe problema social y el 17.5% con estado nutricional normal y 22.5% buena/aceptable situación social, muy distinto el resultado de la investigación de Hernández Galiot A.et [14] donde el 73,7% de la población presentó un buen estado nutricional; el 22,8% tenía riesgo de malnutrición y el 3,5 % presentó malnutrición. Algunos sujetos estaban en riesgo social.

Tabla 4: Situación Psicoafectiva y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

	Estado nutricional									
SITUACION PSICOAFECTIVA	DELGADEZ		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESTADO COGNITIVO:										
Sin deterioro cognitivo	23	46	14	28	8	16	2	4	47	94
Deterioro cognitivo leve	2	4	0	0	0	0	0	0	2	4
Deterioro cognitivo moderado.	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
TOTAL	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100
ESTADO AFECTIVO:										
Sin manifestación depresiva.	10	20	6	12	4	8	1	2	21	42
Con manifestación depresiva.	16	32	8	16	4	8	1	2	29	58
TOTAL	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

Observamos que del 100% (50) adultos mayores, del 52% (26) que presentan delgadez, el 46% (23) está sin deterioro cognitivo, el 4% (2) se encuentra con deterioro cognitivo leve y solo el 2% (1) presenta deterioro cognitivo moderado.

Del 28% (14) que presenta el estado nutricional normal indican que el 28% (14) está sin deterioro cognitivo, presentando 0% (0) en deterioro cognitivo leve y cognitivo moderado respectivamente. El 16% (8) que presentan sobrepeso indican que el 16% (8) está sin deterioro cognitivo, y 0% (0) con deterioro cognitivo leve y cognitivo moderado respectivamente; solo el 4% (2) que presentan obesidad indican que están sin deterioro cognitivo.

Así mismo del 100% (50) adultos mayores, el 52% (26) presentan delgadez, de los cuales el 32% (16) se encuentra con manifestación depresiva y el 20% (10) se encuentra sin manifestación depresiva.

Del 28% (14) que presenta el estado nutricional normal indican que el 16% (8) se encuentra con manifestación depresiva solo el 12% (6) se encuentra sin manifestación depresiva. El 16% (8) que presentan sobrepeso el 8% (4) se encuentra con manifestación depresiva, y sin manifestación depresiva respectivamente y del 4% (2) que están con obesidad el 2% (1) se encuentran sin manifestación depresiva y con manifestación depresiva respectivamente.

Contreras A.et al [21] en su trabajo de investigación "Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche", encontraron que el 57,9% se encuentran con riesgo de malnutrición, el 69,4% presentaban depresión y riesgo de la misma y 27,8% mostró deterioro cognitivo.

Sin embargo el autor Sanango I. [15] en su trabajo de investigación "Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor de la parroquia Cuchil ,llegó a la conclusión que con adecuado estado nutricional, el 46.5% presentan síntomas de depresión leve.

Tanto el estado cognitivo y el estado afectivo van a desencadenar una serie de problemas de salud en los adultos mayores; de acuerdo a los resultados de nuestra investigación, el estado cognitivo no es factor determinante en el estado nutricional, sin embargo, el estado afectivo si es determinante en el estado nutricional del adulto mayor, afectando el vínculo familiar, requiriendo más cuidado de parte de la familia.

Tabla 5: Factor patológico y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017.

	ESTADO NUTRICIONAL									
Factor	DELGADEZ		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
Patológico	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PERSONAL										
Sin riesgo Patológico	17	34	9	18	7	14	1	2	34	68
Con riesgo Patológico	9	18	5	10	1	2	1	2	16	32
Total	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100
FAMILIAR										
Sin riesgo Patológico	19	38	12	24	7	14	2	4	40	80
Con riesgo Patológico	7	14	2	4	1	2	0	0	10	20
Total	26	52	14	28	8	16	2	4	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017

En la siguiente tabla observamos que del 100% (50) de adultos mayores, el 52% (26) que presentan delgadez, 34% (17) están sin riesgo patológico personal y el 18% (9) están con riesgo patológico personal; del 28% (14) con estado nutricional normal 18% (9) están sin riesgo patológico personal y 10% (5) están con riesgo patológico personal; así mismo el 16% (8) presentan sobrepeso el 14% (7) están sin riesgo patológico personal y el 2% (1) están con riesgo patológico personal; y del 4% (2) que están con obesidad, el 2% (1)

están sin riesgo patológico personal y el 2% (1) están con riesgo patológico personal.

Asimismo del 100% (50) de adultos mayores, el 52% (26) presentan delgadez, 38% (19) están sin riesgo patológico familiar y el 14% (7) están con riesgo patológico familiar; del 28% (14) que presentan estado nutricional normal 24%(12) están sin riesgo patológico familiar y el 4% (2) están con riesgo patológico familiar; del 16% (8) que tienen sobrepeso el 14% (7) están sin riesgo patológico familiar y el 2% (1) con riesgo patológico familiar; finalmente el 4% (2) que presenta obesidad, el 4% (2) están sin riesgo patológico familiar y el 0% (0) con riesgo patológico familiar.

Estos resultados reflejan que la situación patológica personal y familiar no es determinante en el estado nutricional del adulto mayor.

Según Montejano, en muchas enfermedades crónicas, los síntomas y tratamientos tienen implicancias nutricionales sobre las personas mayores. Las personas enfermas tienen necesidades nutricionales alteradas, debido a las dietas terapéuticas y los cambios de nutrientes en el estado nutricional. [3]

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1) El estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Programa del Adulto Mayor del establecimiento de salud Micaela Bastidas muestra que prevalece la delgadez, lo que lleva a la desnutrición y pone en riesgo la salud y calidad de vida.
2) En la situación sociodemográfico de los adultos mayores la edad que predomina está comprendida entre los 65 – 79 años, la mayoría de los adultos son del sexo femenino, viven solos, siendo un factor determinante para su estado nutricional.
3) La situación socio familiar, donde más de la mitad de adultos mayores están en riesgo social y un tercio de ellos con problemas sociales, es un factor determinante del estado nutricional, lo cual les hace más vulnerable por la falta del vínculo social y familiar, ya que la ausencia de este apoyo produce un deterioro en su salud del adulto mayor
4) La situación Psicoafectiva de los adultos mayores con respecto al estado cognitivo, donde la mayoría están sin deterioro cognitivo, no es determinante en el estado nutricional; sin embargo, el estado afectivo, donde más de la mitad presenta manifestación depresiva, predispone

al riesgo nutricional y la perdida de interés en su propia salud y/o actividades diversas.

5) La situación patológica personal y familiar, donde más de la mitad de los adultos mayores están sin riesgo patológico, no es un factor determinante en el estado nutricional del adulto mayor.

5.2. RECOMENDACIONES

1) Al Ministerio de Salud, establecer políticas públicas que protejan a los adultos mayores, para mejorar su calidad de vida.
2) Al Programa del Adulto Mayor, que sea extensivo a más adultos mayores, con diversas situaciones personales para que de esta forma puedan relacionarse con sus pares, compartir sus vivencias, realizar actividades que promuevan un envejecimiento saludable de acuerdo a sus capacidades y necesidades, habilidades y destrezas, fomentando en ellos la participación activa para mantener la situación socio familiar afectiva y el estado nutricional en condiciones óptimas.
3) A las familias y comunidad en general, brindar más apoyo, fortalecer los lazos afectivos, ser más tolerantes, mejorar la comunicación, ayudar física emocional y espiritualmente e involucrarse más con los adultos mayores, ya que ellos son parte fundamental de nuestra sociedad.
4) A la encargada del Programa Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas, coordinar con los demás profesionales de salud (Psicólogo y nutricionista) para capacitar al adulto mayor y su familia, para determinar situaciones de riesgo que van afectar su salud mental y vulnerar su estado nutricional.
5) A los Establecimientos de Salud, realizar tamizajes de diversas enfermedades en los adultos mayores, promoviendo la promoción de la salud, prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como también realizar campañas de salud bucal y facilitando la

adquisición de prótesis dental para los adultos mayores que lo necesitan.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Mayca G, Ramos F. Factores de riesgo relacionados al estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Zamacola.Arequipa, 2015. Borrador de Tesis. Arequipa: Universidad Católica De Santa María, Facultad De Enfermería; 2015.

2. Santizo D. Estado nutricional del adulto mayor: estudio comparativo en una comunidad rural y dos instituciones urbanas de Quezaltenago. tesis medico cirujano. Guatemala: Universidad Rafael Landivar, Medicina; 2012.

3. Montejano R. Evaluacion del riesgo nutricional y de factores asociados en adultos mayores no institucionalizados en la provincia de Valencia. tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante, enfermeria; 2012.

4. Montejano R, Ferrer M, Clemente M, Martinez N, Sanjuan A, Ferrer E. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. tesis doctoral. España: Universidad de Valencia. España, Departamento de Enfermería.; 2014. Report No.: ISSN 0212-1611.

5. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas Adultas Mayores". 2002;(3ra edicion).

6. Lavado K, Machuca J. Estilo de vida y Estado nutricional del Adulto mayor. En el H. U. P. “David Basso”- Nuevo Chimbote. Tesis de licenciatura. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2009.

7. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y Ministerio de Salud. III Informe anual de seguimiento al cumplimiento de la ley de las personas adultas mayores. Periodo 2014. 2014.

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población adulta mayor. Informe tecnico. 2015 Enero-Febrero-Marzo 2015;(2).

9. Buckley S. Nutricion durante el envejecimiento. In Tabloski ,PA, editor. Enfermeria Gerontologica. 2nd ed. Madrid España: Pearson Educacion.A; 2010. p. Pp122-153.

10. Bernal S, Espinoza P.Condicion nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al programa del adulto mayor del centro de Salud Toribia Castro de Lambayeque. Enfermeria.Tesis para optar el Titulo Profesional de Enfermeria. Lambayeque: Universidad Señor de Sipan , Ciencias de la Salud; 2016. Report No.: s/e.

11. Cortés C. Factores demográficos, sociales, del estado de salud físico y mental asociados a la capacidad funcional en el adulto mayor. tesis. Antoquia: Universidad CES , Salud Publica; 2012. Report No.: s/e.

12. Giraldo N, Paredes Y, Idarraga Y, Aguirre D. Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto. Tesis. Colombia:; 2017.

13. Segura A, Cardona D, Garzón M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia. Salud Pública.. 2012;(17 (2): 184-194, 2015

14. Hernandez A, Pontes Y, Goni I. Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional. tesis. Madrid, España: Universidad Complutense, Nutrición y Bromatología I; 2015.

15. Sanango I. ”Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor de la parroquia Cuchil. tesis para titulo. Ecuador:, ciencias medicas ; 2015.

16. Manayelle M. Caracteristicas del estado nutricionalL de los adultos mayores atendidos en los Centros del adulto mayor de la region Lambayeque 2013. Tesis para optar el titulo de medico cirujano. Chiclayo: Universidad Nacional de San Martin de Porres, Facultad de medicina Humana; 2015.

17. Mejia C, Palomno P. Evaluación del estado nutricional de los adultos mayores del club social los triunfadores. Tesis de Licenciatura. lima: Universidad de ciencias y humanidades, Departamento de Enfermeria; 2012.

18. Cutipa B, torres R. Factores personales y sociofamiliares que influyen en el estado de fragilidad en el adulto mayor del Hospital San Juan de Dios Ayabiri abril. julio 2015. tesis para titulo. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caseres Velasquez, enfermeria; 2015.

19. Novoa M, Seclen P. Factores socioeconomicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud José Quiñones Gonzales. tesis para titulo. Chiclayo: UniversidadSeñor de Sipan., Enfermeria; 2016.

20. Tarqui C, Alvarez D, Espinoza P, Gomez G. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor Peruano. Peru Med Exp Salud Publica. 2014; III(467-72.).

21. Contreras L, Gualber M, Romaní A, Tejada S, Michelle Y, Ortiz J, et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el Distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. Medica Herediana. 2013;(24:186-191.).

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor. Informe Técnico. 2015 Enero-Febrero-Marzo;(2): p. 44.

23. Sanchez V, Daza L. Valoracion socio familiar del adulto mayor en el asentamiento humano Luz y Paz -2014. tesis para titulo. Pucallpa: Universidad Nacional De Ucayali, Enferemeria; 2014.

24. González O, lara P. Alimentación saludable del adulto mayor en el Centro de Salud Boca de caña, del cantón Samborondón 2014 - 2015. Diseño y elaboración de una campaña publicitaria. Guayaquil:; 2014.

25. Harris G. Nutrición en la vejez. In Mahan LK, Escott-Stump S. Nutrición y Dietoterapia de Krause. 10th ed.; 2001.

26. Hoyl M MT. Envejecimiento biológico. Proceso de envejecimiento: sus implicaciones biológicas y sociales. 2003.

27. Aránzasu A. relacion del estado nutricional y los habitos alimentarios en la capacidad funcional, mental y afectiva de un colectivo de ancianos institucionalizados de la comunidad de madrid. tesis para lograr el grado de Doctor. Mardrid: Universidad Complutense de Madrid, nutricion y bromatologia; 2005. Report No.: ISBN:84669-27441.

28. Tena C, Serrano P. Malnutricion en el anciano. In Salgado Alba, A, Guillén Llerra, F, Rupérez Cantera, I. Manual De Geriatría. 32007th ed. Barcelona (España): Elsevier Doyma, S. L; 2002. p. pp. 731-740.

29. Serrano R. Tesis Doctoral. Estado nutricional de los ancianos institucionalizados en las residencias de la provincia de Albacete.Departamento. Tesis doctoral. Albacete: Universidad de Castilla la Mancha, Departamento de Enfermeria.; 2013.

30. Villafaina A, Gavilan E. Pacientes polimedicados fragiles, un reto para el sistema sanitario. Infmedic/ I T del sistema nacional de salud. 2011; 35(4).

ANEXO 1

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

"FACTORES DETERMINANTES DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PROGRAMA DE EL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MICAELA BASTIDAS EN EL AÑO 2017"

INTRODUCCION

Estimado(a) Señor(a) el presente instrumento tiene por finalidad identificar "factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor que asiste al Programa del Adulto Mayor del Establecimiento de Salud Micaela Bastidas en el año 2017"

La información, que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas; Se tomarán las medidas para proteger su información personal y no se incluirá su nombre en ningún formulario, reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación.
Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas del cuestionario, le parece incómoda usted tiene derecho a no responderla.

Se le solicita su participación respondiendo las siguientes preguntas.

Desea usted participar:

Sí ☐ No ☐

INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrara un conjunto de preguntas a las cuales se le pide que responda con un aspa marcando la respuesta que usted crea conveniente.

1. FACTOR SOCIODEMOGRAFICO.

¿Cuántos años tiene?

- 65 – 79 ( )
- 80 a más ( )

Género

- Masculino ( )
- Femenino ( )

Estado civil

- Solo (soltero/divorciado/viudo) ( )
- Con pareja (casado/conviviente) ( )

Nivel de estudios

- Con estudios básicos ( )
- Sin estudios básicos ( )

2. FACTOR SOCIOFAMILIAR

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUA-CIÓN
Situación Familiar	Vive con familia, sin conflicto familiar Vive con familia y presenta algún tipo de dependencia física/psíquica. Vive con cónyuge d similar edad Vive solo y tiene hijos próximos Vive solo y carece de hijos o viven alejados	1 2 3 4 5
Situación Económica	Dos veces el salario mínimo vital Menos de 2 pero más de 1 salario mínimo vital (entre 750 y 1500 soles) Un salario mínimo vital (750 soles) Ingreso irregular (menos de un salario mínimo vital-750 soles) Sin pensión ni otros ingresos.	1 2 3 4 5
Vivienda	Adecuada a necesidades Barreras arquitectónicas en la vivienda Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado Vivienda semi construida o de material rústico Asentamiento humano, invasión ,sin vivienda	1 2 3 4 5

Relaciones Sociales	Relaciones sociales con la comunidad Relación social solo con familia y vecinos Relación social solo con familia No sale del domicilio, recibe familia No sale y no recibe visitas.	1 2 3 4 5
Apoyos de la red social	No necesita apoyo Con apoyo familiar o vecinal Tiene seguro pero necesita mayor apoyo de éste o Voluntariado social No cuenta con seguro social Situación de abandono familiar	1 2 3 4 5
	PUNTAJE TOTAL	

PUNTUACIÓN:
5 a 9 puntos: Buena /Aceptable situación social
10 – 14 puntos Existe riesgo social
≥ 15 puntos Existe problema social

3. FACTOR PSICOAFECTIVO

Estado Cognitivo

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA	
	SI	NO
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	1	0
¿Qué día de la semana?	1	0
¿En qué lugar estamos?	1	0
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene) ¿Cuál es su dirección completa?	1	0
¿Cuántos años tiene?	1	0
¿Dónde nació?	1	0
¿Cuál es el nombre del presidente del Gobierno?	1	0
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Gobierno?	1	0
Dígame el primer apellido de su madre.	1	0
Restar de 3 en 3 desde 30	1	0
PUNTAJE TOTAL		

Interpretación:

0-2 ptos SIN DETERIORO COGNITIVO
3-4 ptos DETERIORO COGNITIVO LEVE
5-7 ptos DETERIORO COGNITIVO MODERAD
8-10 ptos DETERIORO COGNITIVO SEVERO

Estado Afectivo

¿Está satisfecho con su vida? (No)

¿Se siente impotente o indefenso? (Si)

¿Tiene problemas de memoria? (Si)

¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses? (Si)

Colocar una marca (X) si corresponde.

Sin manifestaciones depresivas: 0 – 1 marca	
Con manifestaciones depresivas: 2 ó más marcas	

4. FACTOR PATOLÓGICO.

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO
Hipertensión Arterial		
Tuberculosis		
Diabetes		
Transfusiones Infarto de Miocardio		
Cáncer de cérvix/mama		
Intervención Quirúrgica Demencia		
Accidentes		
Cáncer de próstata		
Enfermedad Cardiovascular		
Cáncer: (estómago, colon)		

Sin riesgo patológico personal: 0 – 1 marca	
Con riesgo patológico personal: 2 ó más marcas	

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
Tuberculosis		
Hipertensión Arterial		
Diabetes		
Infarto de miocardio		
Demencia		
Cáncer de (Mama, estómago, colon)		

Sin riesgo patológico familiar: 0 – 1 marca	
Con riesgo patológico familiar: 2 ó más marcas	

ANEXO 2

FICHA DE REGISTRO

CODIGO	PESO	TALLA	IMC

ANEXO 3

TABLA DE CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL.

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
≤ de 23	Delgadez
23.1 a 27.9	Normal
28 a 31.9	Sobrepeso
32 ó más	Obesidad