FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD JOSÉ QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2016

Autor (es)

Bach: Novoa Sandoval Paola del Milagro

Bach: Seclen Falen Fiorella del Pilar

Pimentel, Junio del 2017

FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD JOSÉ QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2016

Aprobación de Tesis

Mg. S.C. Chavarry Ysla Patricia del Rocio
Asesor metodólogo

Mgtr. Bravo Balarezo Flor de María
Asesor especialista

Lic. Ángeles Albuquerque Margarita
Presidente del jurado de tesis

Lic. Benavides Fernández Yanet Marisol
Secretario del jurado de tesis

Mgtr. Bravo Balarezo Flor de María
Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a nuestros padres por sus consejos, confianza y amor, ejemplos de fortaleza y abnegación, porque sin ellos, no hubiéramos logrado concluir satisfactoriamente nuestras metas.

A Dios puesto que nos brinda sabiduría, amor y paciencia, nos ayuda en los momentos más difíciles brindándonos valores que nos fortalezcan no solo como trabajo en equipo, si no como personas.

A nuestros hermanos (as) que siempre nos mostraron su apoyo incondicional durante nuestra carrera universitaria.

Los queremos con todo nuestro corazón, este trabajo de investigación se lo dedicamos a ustedes pues ese es el fruto de todo el apoyo y esfuerzo que siempre nos brindaron.

Paola y Fiorella

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes por brindarnos todos sus conocimientos y experiencias vividas durante su carrera profesional de enfermería.

A nuestra asesora metodóloga: Mg. SC Chavarry Ysla Patricia del Rocio, asesora temática Mg. Bravo Balarezo Flor de María, por su aporte para la elaboración de esta investigación.

A nuestra directora de escuela Dra. Doris Gonzales Carhuajulca por las enseñanzas brindadas para nuestra formación académica.

A los adultos mayores que asisten al programa en el centro de salud José Quiñones Gonzales por su apoyo brindado para llevar a cabo esta investigación.

Los Autores

INDICE

DEDICATORIA iii

AGRADECIMIENTO iv

RESUMEN viii

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 13

1.1 Situación Problemática 13

1.2 Formulación del Problema 16

1.3 Justificación e Importancia de la Investigación 16

1.4 Objetivos de la Investigación 17

1.4.1 Objetivo general 17

1.4.2 Objetivos específicos 17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 20

2.1. Antecedentes de Estudios 20

2.2. Base teórica científicas 24

2.3 Sistemas teórico conceptuales 28

2.3.1 Contexto del Adulto Mayor 28

2.3.2 Adulto Mayor 28

2.3.2.1 Adulto mayor sano 28

2.3.2.2 Adulto mayor enfermo 28

2.3.3 Factores Socioeconómicos 29

2.3.4 Estado Civil 30

2.3.5 Aislamiento 31

2.3.6 Situación de convivencia 32

2.3.7 Ingreso Económico 33

2.3.8 Problemas Sanitarios 33

2.3.9 Situación Laboral 34

ABSTRACT ix

2.3.10 Jubilación 35

2.3.11 Estado Nutricional 35

2.3.12 Alteraciones en el estado Nutricional 35

2.3.13 Desnutrición 36

2.3.14 Obesidad 37

2.3.15 Sobrepeso 37 2.3.16

Medidas Antropométricas 38

2.3.16.1Talla……..38

2.3.16.2 Clasificación de riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal…….....38

2.3.16.3 Índice de Masa Corporal (IMC)…….....…… 39

2.3.16.4 Clasificación de la valoración nutricional según IMC……..... 39

2.4. Definición de la terminología 40

2.4.1 Adulto Mayor 40

2.4.2 Adultos mayores jóvenes 41

2.4.3 Ancianos 41

2.4.4 Ancianos viejos 41

2.4.5 Adulto mayor sano 41

2.4.6 Adulto mayor enfermo 41

2.4.7 Estado Nutricional..... 41

2.4.8 Nutrición: 42

2.4.9 Riesgo Nutricional:..... 42

2.4.10 Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet: 42

2.4.11 Antropometría 42

2.4.12 Peso Corporal 42

2.4.13 Talla 43 2.4.14

Envejecimiento 43

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación 45

3.2. Población y Muestra 46

3.2.1 Población 46

3.2.1.1 Criterios de Inclusión…… 46

3.2.1.2 Criterios de Exclusión…… 46

3.2.2 Muestra: 46

3.3. Hipótesis 46

3.3.1 Prueba de hipótesis 47

3.4. Variables: 47

3.5 Operacionalización 48

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos 51

3.6.1 Técnicas de recolección de datos: 51

3.6.2 Instrumentos de recolección de datos: 51

3.7. Procedimiento para la recolección de datos 53

3.8. Análisis Estadístico e Interpretación de los datos 53

3.9. Criterios éticos 54

3.10. Criterios de rigor científico 55

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y en gráficos: 57

4.2. Discusión de los resultados 72

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones 78

5.2. Recomendaciones 79

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 80

ANEXOS……87

RESUMEN

La nutrición es fundamental en el estado de salud de la persona, el déficit altera el sistema inmunológico y su exceso conlleva a riesgos cardiovasculares; el envejecimiento se encuentra en relación directa al desarrollo socioeconómico de la población, debido a las condiciones de vida y acceso a la atención de salud; por ello, esta investigación tuvo como objetivo identificar los “factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor” atendido en el programa del Centro de Salud José Quiñonez Gonzales. Esta investigación cuantitativa, tuvo una población muestral de 40 personas, donde se aplicó instrumentos como guía de recolección de datos y cuestionario. Los datos se procesaron en excel utilizando el alfa de croach. Los resultados revelan alteraciones nutricionales donde el 42.5% presentan sobrepeso, seguido del 17.5% con obesidad en mujeres, mientras que los porcentajes bajos son el 10% de los varones que tienen un IMC que indica sobrepeso y 5% presenta un IMC que indica obesidad. En cuanto a los factores sociales que influyen en el estado nutricional presenta mayor incidencia en adulos mayores viudos con el 48%; seguido del 20% que son casados. Además se tiene que el 50% vive con sus hijos, seguido del 18% que vive solo(a). Asimismo, se tiene que el 84% tienen solo estudios primarios. Según factores económicos se obtuvo que el 92,5% tienen ingresos menores a S/. 500; el 5% tienen ingresos entre S/.500-S/.1000; en cuanto a si sufre enfermedades o consume fármacos se tiene que el 77,5% si lo padece.

Palabras clave: Estado nutricional, Adulto Mayor, Factores económicos, Factores sociales.

ABSTRACT

Nutrition is fundamental to the health of the person, the deficit alters the immune system and leads to excess cardiovascular risks; aging is directly to the socioeconomic development of the population ratio due to living conditions and access to health care; therefore, the objective of this research was to identify socioeconomic factors that influence the nutritional status of the elderly treated at the health center program José Quiñonez Gonzales. This quantitative research had a sample population of 40 people, where instruments to guide data collection and questionnaire was applied. Data were processed in Excel using the alpha croach. The results reveal nutritional disorders where 42.5% are overweight, followed by 17.5% with obesity in women, whereas low percentages are 10% of men have BMI indicating overweight and 5% has a BMI that indicates obesity. Regarding the social factors that influence nutritional status adulos incidence is highest among older widowers with 48%; followed by 16% who are married. In addition, 50% have to live with their children, followed by 18% who lives alone (a). Also it has that 84% have only primary education. According to economic factors it was obtained that 92.5% had incomes of less than S /. 500; 5% have incomes between S / .500-S / .1000; as to whether suffers illness or consume drugs must be 77.5% if treated.

Words key: nutritional status, adult older; factors economic; factors social.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, diversos estudios realizados para evaluar el “Estado Nutricional de la población adulta mayor” a nivel internacional, nacional y local han determinado que en esta etapa existe riesgo de manifestar alteraciones nutricionales debido a una inadecuada ingesta de nutrientes.

El estado nutricional del adulto mayor es un tema importante debido a que en esta edad se producen una serie de cambios, dando a conocer que no es la excepción presentar problemas nutricionales, lo cual se da por diversos factores, donde mucha gente de la tercera edad se ve afectada por el inadecuado estilo de vida relacionado con los problemas socioeconómicos[5]. Así mismo los cambios socioeconómicos contribuyen a que el adulto mayor viva expuesto a diversos riesgos que pueden deteriorar su estado de salud[17].

El siguiente estudio de investigación realizado a “Adultos Mayores que asisten al programa del Centro de salud José Quiñonez Gonzales”, permitió identificar los factores socioeconómicos influyentes en su estado nutricional. Se obtuvieron los datos de las personas que estuvieron registradas en el programa del adulto mayor del centro de Salud José Quiñones Gonzales y que aceptaron participar voluntariamente en el trabajo de investigación.

La hipótesis que se planteo fue la siguiente: ¿los factores socioeconómicos influyen significativamente en el estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales, Chiclayo 2016?
Como resultado principal si tuvo validez la confiabilidad de la hipótesis planteada.

Una muestra evidente y de importancia para realizar esta investigación es que permitirá conocer a las personas en cuanto a los problemas socioeconómicos que pueden afectar el estado nutricional de las personas de la tercera edad, además esta investigación permitió definir estrategia de prevención y enfocar a realizar la intervención adecuada ante esta situación estudiada.

Por último sirvió como apoyo al centro de salud evitando posibles complicaciones en cuanto al estado nutricional del grupo etario estudiado, asimismo se contribuyó en la mejoría del estilo de vida de cada una de los adultos mayores.

Las bibliografías y anexos están inversos en las referencias bibliográficas, lo cual sirvió de sustento para la investigación.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Situación Problemática

El envejecimiento de la población mundial tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo es un indicador de la mejora de la salud mundial, la población de 60 años a más a nivel mundial es de 650 millones y se calcula que para el 2050 alcanzará los 2000 millones. En los próximos cinco años, el número de personas mayores de 65 años será superior al de niños menores de cinco años[48].

Cuatro de cada 10 hogares están formados por al menos una persona adulta mayor. El mayor envejecimiento es mundial, y el Perú no es ajeno a ello. De ahí, la gran cantidad de hogares con personas mayores de 60 años. Por eso seguimos sensibilizando sobre los derechos de este sector de la población; El aumento de este grupo etario, se debe, entre otras cosas, a avances médicos y a la elevación de las esperanzas de vida a 77años[49].

El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida. Se define el estado nutricional de un individuo como el resultado de la relación entre la ingesta de nutrientes y los requisitos de los mismos. Un desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía y / o nutrientes genera un deterioro del estado nutricional exceso o déficit con implicaciones para la salud humana[1].

En Colombia, las necesidades de salud de las personas adultas mayores son los desafíos por los requisitos de la atención, el cuidado y el aumento de los costos, por lo que trataron de analizar el estado de salud de las personas mayores para permitir la focalización y la intervención, así como la búsqueda del envejecimiento saludable. Actualmente, los cambios sociales cuyas consecuencias afectan negativamente a la vida y la salud de envejecimiento,

siendo principalmente impulsado: una respuesta social al deterioro biológico de envejecimiento en sí mismo; la pérdida del empleo, la disminución de ingresos y el deterioro de la identidad social [17].

Los cambios sociales afectan a los ancianos que están expuestos a otros riesgos que afectan a su salud, tales como depresión, ansiedad, trastornos cognitivos y de la desnutrición, pero las condiciones son poco exploradas en esta población, teniendo en cuenta la edad como inherente, una situación que conduce a la dependencia funcional y en la económica el estado, la sociedad y la familia, que a menudo están sujetos a negligencia, el abuso y la violencia [17].

La vejez no es un problema, pero engloba estándares como marginación, enfermedad y la pobreza, que no permiten alcanzar una vida digna en muchas regiones del mundo para este grupo de edad. La pobreza del mundo en desarrollo limita el número de individuos que arriban a los años de vulnerabilidad a enfermedades no transmisibles (Obesidad, desnutrición), pero factores adicionales también deben ser considerados. Estos factores son los que juegan un rol preponderante en la transición nutricional y epidemiológica, activa en el mundo en desarrollo[18].

Está cambiando la estructura de la población en el mundo debido a una fuerte disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, lo que resulta en un aumento de la población Adulta Mayor. Actualmente, la población adulto mayor de 60 años representa el 9,1% de la población total del Perú y 33,8% de esta población habita en Lima. También ocuparse de los problemas de este grupo es complejo, considerado como un grupo de riesgo de problemas de salud y nutrición causados por una serie de factores fisiológicos y socio-económicos. Por lo tanto, es necesario conocer sus hábitos alimenticios, el estado nutricional; y si se asocian con el nivel socioeconómico es la razón por la cual el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social considera la necesidad de la investigación para identificar los problemas reales de este grupo de población[3].

El envejecimiento está directamente relacionado al desarrollo socioeconómico entre la población porque han mejorado las condiciones de vida y el acceso a la atención médica. Pero, las personas mayores se consideran una población vulnerable debido a la inseguridad económica y social y el alto riesgo de desnutrición que caracteriza a este grupo de edad. No es la excepción el departamento de Lambayeque de presentar dichos problemas nutricionales; en su población se ven problemas del estado nutricional que viene afectando a la población lambayecana, pero ¿por qué se da esto? Se da por diversos factores donde mucha gente en la tercera edad come una cantidad reducida de alimentos por motivos que pueden variar desde la falta de apetito ante la perspectiva de comer solo, hasta la imposibilidad física de salir a comprar alimentos y prepararlos, razones de tipo económico o por disminución de los sentidos del gusto u olfato con lo que existe una menor posibilidad para diferenciar los sabores [5].

Los parámetros antropométricos son considerados en los problemas nutricionales, se hace preguntas de auto-evaluación y de investigación de la nutrición. Se determina el índice de masa corporal (IMC), determinar la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad. La medición de la circunferencia de la cintura, para evaluar los casos de sobrepeso y obesidad [6].

Estos parámetros son utilizados en los diversos establecimientos de la salud que atienden a la población adulta, entre ellos, está el centro de salud "Quiñones", ubicado en Chiclayo. Esta institución tiene un programa de Adulto Mayor donde asisten semanalmente para sus controles.

En este grupo etareo se observó que por diversos factores muchas personas presentan características como, fascie pálida, decaídos, cansancio, piel seca, déficit de la morbilidad, sedentarismo, aumento y disminución de la masa corporal por inadecuados estilos de vida. También estan presentes el

aislamiento social, los recursos financieros limitados, falta de educación nutricional, falta de apoyo familiar, la pérdida de seres queridos o los responsables de su cuidado y movilidad reducida debido a limitaciones físicas o aislamiento social pueden todos reducir la disponibilidad de varios alimentos diversos Si esta situación no se revierte puede llevar a problemas cardiovasculares, obesidad, desnutrición y otros; asimismo causar complicaciones y riesgos en la vida del adulto mayor. Esta situación generó el problema de investigar.

1.2 Formulación del Problema

¿Cómo influyen los factores socioeconómicos en el Estado Nutricional del Adulto Mayor que asiste al Centro De Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016?

1.3 Justificación e Importancia de la Investigación

La investigación presente tuvo como fin identificar los factores sociales y económicos que influyeron en el estado nutricional del “Adulto Mayor que asiste al centro de salud José Quiñones Gonzales-Chiclayo 2016”, porque el adulto mayor pasa por el proceso de envejecimiento y como tal va a sufrir una serie de cambios, asimismo prevalece un entorno de pobreza, teniendo en cuenta estas condiciones podemos dar a conocer que influyen directamente en el estado nutricional y en el consumo de alimentos de los adultos mayores, ya sea la tendencia a una ganancia o pérdida de peso, pudiendo desencadenar ciertas enfermedades en esta etapa de vida.

Al llevar a cabo esta investigación permitió poner en práctica la prevención para poder de una u otra manera controlar o sensibilizar a las personas adultas mayores que asisten al centro de salud José Quiñones Gonzales

sobre la necesidad de tener una vida saludable y a evitar desencadenar posibles enfermedades en cuanto al estado nutricional.

Así mismo su ejecución fue de importancia porque gracias a este estudio se permitió identificar al adulto mayor con riesgo en el ámbito nutricional siendo afectado por los factores tantos sociales como económicos, en cuanto al personal de salud le permitió identificar la realidad del adulto mayor,. Y por último esta investigación es de importancia para la universidad porque este trabajo servirá como guía para futuras investigaciones que puedan realizarse.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo general

Identificar los factores socioeconómicos que influyen en el “Estado Nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016”.

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar el estado nutricional según parámetros antropométricos, mediante el uso de la talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

Identificar factores sociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

Identificar factores económicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

CAPÍTULO
II

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Estudios

Tarqui, C. Jul. /Sep. 2014, realizó en América Latina una investigación titulada: "Estado nutricional asociado a características sociales en el adulto mayor peruano". Se realizó un estudio transversal analítico donde El estado nutricional se evaluó mediante el índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con la clasificación del estado nutricional de las personas mayores en el Ministerio de Salud del Perú. Para el análisis estadístico fue considerado la "Ponderación necesaria para muestras complejas". Han sido incluidos 7267 Adultos Mayores con edad promedio de 70 y 80 años. Un 26,8% presento delgadez, 21,7% sobrepeso y 10,6% obesidad. Con analfabetismo (95%), nivel educativo primario (95%), pobreza extrema (95%), residir en área rural (95%), todos estos factores se asocian a la delgadez. El sexo femenino, residir en área urbana o costa y ser no pobre se asoció a sobrepeso. El sexo femenino, nivel educativo primario y secundario; vivir en área urbana, la costa, Lima Metropolitana selva y ser no pobre se asociaron a obesidad. Sugieren estos datos que delgadez como exceso de peso son frecuentes en la población de adultos mayores estudiada[4].

Gonzales, J. junio 7 de 2011, realizó en Bogotá un estudio titulado: "Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca"; donde el resultado muestra que el 15% de la población estudiada se encontraba en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de desnutrición y el 19% en un estado nutricional satisfactorio, el mayor porcentaje de la muestra 72,5% de las mujeres y los hombres 27.5%, 62.5% es en el grupo de edad de 70-79 años, seguido de 32,5% entre 80 y 89, 4% a partir de 60 a 69 años y 1% es mayor de 90 años. El100% reciben menos del salario mínimo. Los factores de riesgo más comunes han sido asociados con problemas económicos y el estado nutricional se han relacionado con los parámetros dietéticos, se ha encontrado que el 86% de la población no come carne, pescado o aves por día 84% consume frutas o verduras dos veces al día y el 70% consume sólo dos comidas al día[1].

Montejano, R. set.-oct. 2013, menciona que en España hay una brecha en el conocimiento de la situación nutricional de la población de edad avanzada y se refleja en la prevalencia de la desnutrición en este grupo, que está entre el 3,3% y el 12,5%, principalmente a la población de Europa en la que hay detección de una medida de la desnutrición 5,5% y el 31,9% de riesgo de desnutrición; Si no se detecta este riesgo a tiempo, puede conducir a problemas de salud más graves. En este estudio, titulado "Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no-institucionalizados"; estudio transversal en 660 ancianos, centros sociales independientes no institucionalizados en la provincia de Valencia. Los sujetos se evaluaron en 12 centros sociales seleccionados a través de un muestreo estratificado de bloques. Fueron criterios de inclusión: tener 65 años o mayores que viven en casa con autonomía funcional, con más de un año en la provincia de Valencia, asistir regularmente a los centros sociales y que quiere colaborar.
Resultados: De los 660 pacientes incluidos en el estudio, 48.33% son hombres y 51.6% mujeres, con una edad promedio de 74,3 ± 6,57 años. Un 23,3% de los encuestados estaba en riesgo de desnutrición. Lo más probable prevalencia de riesgo de desnutrición es mayor en las mujeres que en los hombres (OR = 1,43), los ≥ 85 años, en comparación con el grupo de 65-69 años (OR = 2,27), o las personas casadas viudas con respecto con una pareja estable (oR = 1,82) y sin educación en comparación con los que tienen un cierto nivel de educación (oR = 1,73). Concluyéndose que la prevalencia de riesgo nutricional en los centros de la comunidad, no institucionalizada en la provincia de Valencia alcanzó a uno de cada cuatro, siendo mayor para las viudas (principalmente mujeres mayores que viven solas) y personas sin educacion[8].

Cárdenas, H. Roldan, L. 2013, Perú; en su investigación titulada: "Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú", refiere que en los últimos 35 años la población de 60 años y más es el triple, de 798,689 personas (5,9%) en 1972 y 2, 495,643 personas (9,1%) en el año 2007. Un mayor porcentaje (70%) de los adultos mayores (AM) viven en áreas urbanas del país, haciendo hincapié en Lima Metropolitana (LM) con el mayor porcentaje de AM en el país (37%). Para este estudio, 300 AM fueron seleccionados al azar, habitantes de Lima, de diferentes estratos sociales. El

estado nutricional se evaluó mediante el índice de masa corporal (IMC). Los AM se clasificaron según el IMC: normal es de 22-27, el sobrepeso y la obesidad a partir de 27.1 a 29.9 ≥30 kg / m2. Resultados: La prevalencia de sobrepeso fue del 48% (26% en peso y obesidad 22,3%) sin diferencia significativa entre los niveles socioeconómicos (SES) (p = 0,088). se informó con mayor obesidad en mujeres y NSE (Nivel socio económico) diferencias significativas (p = 0,030). Se observó mayor prevalencia de la obesidad en las mujeres de alto NSE (32%). La influencia significativa NSE en el consumo de grasas, vitamina C y calcio. Conclusiones: La situación y el consumo de nutrientes nutricional AM mostraron ninguna relación con el estatus socioeconómico. Otro estudio mostró que los problemas económicos, funcionales y psicosociales influyen negativamente en la salud del AM en Lima Metropolitana [12].

Valera, L. 2013 en su estudio realizado en Perú, refiere que nuestro país se ha acelerado el ritmo de envejecimiento que se produce en un contexto de transición social y epidemiológica, mostrando un aumento de las enfermedades crónicas del envejecimiento. En 2012 la población peruana fue de aproximadamente 30 millones de habitantes, lo que corresponde al 9,2% de los ancianos. El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades oncológicas y no oncológicas crónicas, la depresión, entre otros. Fueron evaluados los adultos mayores según su IMC de acuerdo a la clasificación de la OMS, estimando que tenían exceso de peso (sobrepeso u obesidad) 25,7% de hombres y 38,4% mujeres; 39,4% eran de zonas urbanas y 11,9 en las zonas rurales, el 37,5% de los que tenían sobrepeso, no eran pobres[9].

Sánchez, F. De la Cruz, F. y Cereceda, M. 2014; realizaron en Perú un estudio titulado: “Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal”, la cual fue un estudio descriptivo, transversal. Participaron: Las personas mayores de 60 años de ambos sexos. Intervenciones: el peso y tamaño se determinó a 115

personas mayores de 60 años que participaron regularmente en el Programa Municipal. Una encueta para determinar hábitos alimenticios y otra para establecer la condición socioeconómica. La determinación del estado socioeconómico se hizo a través de una encuesta basada en la escala de Graffar modificado por MéndezCastellano, que se divide en cuatro partes se ha aplicado: el nivel de educación y ocupación del jefe del hogar; nivel de educación de la esposa del cabeza de familia y la última parte se dirige al caso de las características de vivienda, el material predominante de este y el saneamiento están allí; cada uno con su respectiva puntuación para clasificar la población por condición socioeconómica. Los dos validados previamente. Por lo tanto, se encontró la prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesos (19,1%). El 65,2% presentó hábito alimenticio inadecuado. Los Adultos Mayores (AM) se ubicaron en el Nivel Socio Económico (NSE) medio bajo (37%) y en el NSE medio (33%). Se ha evidenciado asociación entre estado nutricional, hábitos alimenticios y el nivel socioeconómico. Por otro lado, en la población adulta mayor existe una relación directa entre hábito alimentario inadecuado y enfermedad crónica no transmisible [13].

Manayalle P. realizó en Lambayeque un estudio titulado: Características del Estado Nutricional de los Adultos Mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque 2013. Tuvo por objetivo establecer las características del Estado Nutricional de los Adultos Mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque y su asociación con las características socioeconómicas. Estudio descriptivo, transversal; se incluyeron 208 personas de 60 años a más pertenecientes a los Centros del Adulto Mayor, mediante un muestreo obtenido con el programa estadístico EPIDAT 3.1, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia; se aplicó el Mini Nutritional Assessment y una escala socioeconómica adaptado a la población lambayecana. Como resultado el 29.30% de adultos mayores tiene riesgo de malnutrición y 2.4% malnutrición, el Índice de Masa Corporal promedio es 27.52 ± 3.8, el 11.10%, disminución del apetito en 24%. El Nivel Socioeconómico tiene asociación (p=0.003) con el estado de nutrición según el MNA. Concluyendo que el 2.4% de adultos mayores identificados con malnutrición tiene enfermedad aguda o estrés y demencia o

depresión. El nivel socioeconómico de ellos es entre Bajo Superior y NSE E Marginal [10].

2.2. Base teórica científicas

Para la elaboración de nuestro de investigación, hemos abarcado dos teóricas: Virginia Henderson “Teoría de las necesidades Fundamentales” y Dorothea Orem “Teoría del Autocuidado”.

Virginia Henderson: Teoría de las Necesidades Fundamentales

Henderson ha definido la Enfermería en términos funcionales, tales como: "La función única de la enfermera es ayudar a la persona sana y enferma, en el ejercicio de actividades que contribuyen a su salud, la recuperación o una vida tranquila, que realizaría sin ayuda si tuviera las fuerzas, voluntad y conocimiento necesario” [2].

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible [(7)].

Virginia Henderson ha definido a las personas como: seres biológicos, psicológicos y socialmente que tienden hacia la independencia y satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales. También se refiere a la salud como capacidad de actuar en forma independiente [34].

Necesidades humanas básicas según Henderson, son[2]:

1. Respiración normal
2. Alimentarse (comer y beber) en forma adecuada

3. Excreción (eliminar los desechos del organismo)
4. Movimientos y mantenimiento de posturas adecuadas
5. Descanso y pernoctar (dormir)
6. Selección de vestimenta adecuada
7. Conservación la temperatura corporal.
8. Mantenimiento higiénico del cuerpo (aseo).
9. Evitar peligros del entorno
10. Comunicación con otras personas, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
11. Ejercer sus propias creencias y convicciones.
12. Ocupación laboral que le permita sentirse realizado
13. Participación en toda forma de recreación y ocio
14. Aprender (estudiar), descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Henderson[2] menciona que todo ser humano tiene ciertas necesidades básicas a las que debe responder, generalmente están cubiertos por cada individuo en buen estado de salud y tienen suficiente conocimiento para hacerlo, como se mencionó anteriormente, las necesidades básicas son las mismas para todo ser humano y existen de forma independiente a la situación de cada persona. Sin embargo, estas necesidades cambian debido a dos factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios). Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas cuerpos marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
Una enfermedad transmisible.
Estado preoperatorio.
Estado postoperatorio.
Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Naturaleza del Cuidado de Enfermeria[2:]

Son las actividades que realiza el enfermero para suplir o ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Por tanto, los componentes de cuidados de enfermería son las 14 necesidades básicas que abarcan todas las posibles funciones del rol enfermero. El enfermero valora las 14 necesidades, los factores que modifican las necesidades, los cuidados se adaptan a las necesidades de cada persona y son integrales e individualizados, todos los cuidados tienden a que la persona sea independiente en el menor tiempo posible, el enfermero actúa mediante la utilización metodológica para realizar los planes de cuidados, los cuidados son universales aplicables en todas las situaciones que el paciente requiere ayuda.

Dorothea Orem: Teoría del Autocuidado

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan[2].

El concepto básico desarrollado por Orem define Autocuidado como las acciones intencionales de autoayuda tomadas por la persona para controlar factores internos y externos que pueden afectar su vida y su desarrollo. Así que cuidar de sí mismo es un comportamiento que es o debería hacer la persona por sí misma, es la práctica de actividades que personas maduras, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia

parte y el interés de mantener una vida segura y sana continuando siempre con el desarrollo personal y el bienestar mediante el cumplimiento de la regulación funcional de las necesidades y el desarrollo personal [7].

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona [34].

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos [7:]

Persona: El ser humano concebido como un organismo biológico, de pensamiento racional. Un conjunto integral con una capacidad dinámica para responder, utilizando las ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y dirigir sus esfuerzos, la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales para realizar acciones de Autocuidado dependiente

Salud: Estado que para la persona tiene diferentes significados en sus diferentes componentes. Esto significa integridad física, estructural y funcional; causas ajenas a la participación de la persona con discapacidad; ser progresivo e integrado humana como una sola unidad, un nivel cercano

al creciente desarrollo de la integración. Considerar la presencia de bienestar que una persona tiene.

Enfermería: servicios humanos, que se proporciona cuando la persona no puede cuidar de sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar es proporcionar a las personas y / o grupos de asistencia directa para el autocuidado para satisfacer sus necesidades, deficiencias que se dan a su situación personal.

2.3 Sistemas teórico conceptuales

2.3.1 Contexto del Adulto Mayor

La población geriátrica en el Perú y la malnutrición en este sector de la población es un problema común y serio, está claro que la malnutrición contribuye de manera significativa al aumento de la morbilidad y la mortalidad en los ancianos. Por desgracia, en este país el conocimiento sobre la nutrición para los ancianos es limitada; pero se sabe que la desnutrición en los ancianos mayores de 60 años más tarde, es la causa principal de deterioro funcional [19].

2.3.2 Adulto Mayor

2.3.2.1 Adulto mayor sano

Es el que no presenta ninguna enfermedad ni alteración funcional, mental o social, esto con el fin de evitar que existan deficiencias en el consumo de nutrientes como proteínas, vitaminas, calcio, hierro y garantizar una alimentación saludable para la persona adulta mayor [20].

2.3.2.2 Adulto mayor enfermo

La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital es lo que caracteriza la disciplina de la enfermera siendo la que aborda el cuidado del anciano, ancianidad en una etapa en la vida de la persona,

pero resulta difícil precisar su inicio dada la diversidad de criterios que pueden ser tenidos en cuenta. Criterios laborales o de producción más o menos coincidentes con un declive de las capacidades físicas, mentales del individuo han sido tradicionalmente utilizados en el sistema sanitario para marcar el inicio de la ancianidad, y en consecuencia modificar la oferta de asistencia y prestaciones sanitarias [20].

2.3.3 Factores Socioeconómicos

Desde el punto de vista social el adulto mayor debe cambiar el papel que es considerado normal en la evolución del ser humano con sus diferentes pasos que va desde joven, adulto productivo al de abuelo y jubilado; pero existe un momento en el cual el adulto mayor por los distintos procesos de industrialización, urbanización y modernización modifican su estilo de vida generando debilitamiento de los lazos de solidaridad familiar, sobre todo cuando carece de un cuidador femenino. Otro factor de riesgo social del ámbito económico que indudablemente repercute en pobreza por la dificultad financiera en el hogar y dependencia económica familiar, desde esta perspectiva. Se muestra un panorama sombrío para los adultos mayores sobre todo aquellos sin derecho a seguridad social por haber tenido un trabajo en el sector informal o en las actividades de campo ya que este no percibe ingreso económico por jubilación [22].

Las características socioeconómicas, como el sexo, el estado marital, la educación, el ingreso económico y estilo de vida, varían entre los grupos de ancianos jóvenes. Las mujeres superan a los varones en número. Por ejemplo, los grupos de jóvenes de más edad y mayores, hay cerca de 2 millones de mujeres más que los hombres. Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres vivos. Por otra parte, es más probable que haya más viudas que los hombres, y la proporción de nuevos matrimonios es mayor en los hombres mayores [21].

El nivel de educación puede afectar a la situación socioeconómica de los ancianos. La educación superior se asocia a menudo con mayores ingresos. Del mismo modo, el nivel de educación de las personas mayores aumenta gradualmente a medida que aumenta la proporción de personas mayores de 65 años que han completado la educación superior. Sin embargo, hay diferencias significativas entre los grupos étnicos y raciales. En general, las personas mayores tienen ingresos más bajos que los adultos más jóvenes y los de 85 y más son los que tienen ingresos promedio más bajos. El estilo de vida de las personas mayores está relacionado con su ingreso y la salud. La mayoría viven en diferentes entornos comunitarios, y sólo el 4,3% vive en hogares de ancianos. Aquellos que viven solos son más propensos a vivir en la pobreza que los que están casados. Las mujeres mayores tienen el doble de probabilidades de vivir solas que los hombres. El modo de vida varía según la raza y el origen étnico. La proporción de personas que viven solas aumenta a medida que lo hace la edad [21].

2.3.4 Estado Civil

El estado civil es la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Se trata básicamente del “estado de familia” en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil. Relaciones de familia, como el matrimonio o la filiación, al determinar un estado civil, atribuyen derechos e imponen obligaciones específicas para los individuos que vinculan [23].

Es el conjunto de cualidades o condiciones de una persona que producen consecuencias jurídicas y que se refieren a su posición dentro de una comunidad política, a su condición frente a su familia y a la persona en sí misma, independientemente de sus relaciones con los demás. El estado civil es un atributo de la personalidad y por esta razón origina en el individuo una serie de ventajas, de deberes y obligaciones, entre otros[24].

El estado civil es un atributo de la personalidad, y podemos definirla como la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma. El estado civil de las personas es la situación de las personas físicas y se determina por sus relaciones de familia, que nacen del matrimonio o del parentesco y establece ciertos derechos y deberes [25].

2.3.5 Aislamiento

Es la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros [26].

Factores que contribuyen a la ausencia de relaciones personales satisfactorias: Falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupo), recursos personales inadecuados, diferencias culturales con el grupo mayoritario, enviude, emigración, procesos degenerativos e invalidante en su propia persona y/o en familiares cercanos (en el caso de ser el cuidador primario)
Situación económica muy desfavorecida (pobreza)
Alteraciones del aspecto físico o del estado mental. Deficiencias sensoriales, visuales
Conductas socialmente no aceptada.
Traslado a otra cultura (idioma extraño). Valores socialmente no aceptados.
Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.
Enfermedades invalidantes: Deterioro de la movilidad, miedo a la exposición de patógenos.
Afrontamiento infectivo [26].

El aislamiento es un fenómeno contemporáneo. Algo observable y cuantificable que nos remite al concepto de separación, incomunicación y desamparo. Es la falta de compañía y de encuentro con otros significativos. Hay que distinguirlo de la soledad, que es un estado afectivo interior, un

sentimiento que escapa a la observación objetiva. En otras palabras, uno puede estar aislado sin sentir soledad o puede tener numerosos contactos y sentirse terriblemente sólo. La soledad está entramada en la subjetividad caracterológica y anclada en la historia personal, en tanto que el aislamiento es siempre impuesto por otro que decidirá el lugar y el destino del sujeto, por esta razón el aislamiento nos remite tan frecuentemente a la idea de castigo [27].

2.3.6 Situación de convivencia

El recurso más importante que los adultos mayores valoran y añoran de su familia es el tiempo de convivencia; sin embargo, esto es lo que las familias de la agitada vida moderna menos dispensan. Los adultos mayores y los miembros de las generaciones más jóvenes se mueven a ritmos diferentes; los primeros toman la vida con mayor calma; los segundos la viven de prisa y no se dan tiempo para fomentar la convivencia [30].

La convivencia amistosa es esencial para la integración del adulto mayor en la comunidad; asimismo, los familiares pueden contribuir a constituir la red de amigos del adulto mayor, ya sea conformándola o en muchos casos facilitando dichas relaciones [31].

Para fomentar la convivencia, la familia debe conocer los beneficios de convivir con los adultos mayores, de apoyarlos en sus necesidades, de brindarles afecto y comprensión para mantener su autoestima, fomentar el auto cuidado y con ello la salud. En la familia se gesta la salud o la enfermedad y lo que el adulto mayor manifiesta en forma abierta o encubierta es una evidencia de lo que su familia le brinda [30].

2.3.7 Ingreso Económico

La necesidad económica para cada anciano varía de modo considerable. Pese a que necesitan menos dinero para vestirse, entretenerse y trabajar, y aunque algunos dueños de su casa, los gastos siguen aumentando por lo que para algunos es difícil arreglársela. Solamente la comida y los gastos médicos tienden a ser una carga económica. Recursos financieros adecuados para las personas mayores hacen que sigan siendo independientes. Los problemas económicos se asocian a menudo con una pensión más baja, Porque muchos trabajadores carecen de planes de pensiones y período de jubilación. Ex miembros de grupos minoritarios tienen más problemas económicos que los caucásicos de edad avanzada. Las mujeres ancianas de todas las edades suelen tener menos ingresos que los varones, por lo que las ancianas pueden ser las más pobres [21].

La situación económica en la edad del adulto mayor se determina por su capacidad de compra de diferentes fuentes: el trabajo, el ahorro, jubilación y pensiones, entre otros. Está directamente relacionado con el nivel y tipo de consumo, dependiendo de la edad y la salud de la persona, las características de su hogar y los servicios soportados por el estado (gratuitos o servicios subvencionados). Se basa en el acceso y la provisión de edad avanzada, de los periódicos ingresos en dinero suficiente para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida [35].

La etapa más importante en la determinación de la situación económica en la vejez, es aquella inmediatamente anterior a la jubilación. Las evidencias niegan esta posición ya que, por una parte, en las etapas previas igualmente se definen factores relevantes tales como, el nivel de estudios, la elección de determinada carrera y el número de hijos y por otra, la jubilación no es un hecho universal, menos aún para las mujeres [36].

2.3.8 Problemas Sanitarios

Los problemas de salud que los ancianos pueden tener incluyen lesiones, enfermedades crónicas que causan discapacidad (tales como la hipertensión o la artritis), el abuso de sustancias o su mal uso, el alcoholismo, la demencia y el maltrato. Las principales causas de muerte entre las personas mayores de 65 años son las enfermedades del corazón, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades respiratorias inferiores, neumonía y diabetes mellitus [(21)].

Las enfermedades crónicas producen muchos cambios en el paciente y su familia; los costes sanitarios tienden a ser más y más, y puede convertirse en un problema económico; a veces hay que cambiar los roles familiares; y es posible que los miembros de la familia tienen que cambiar su estilo de vida para el cuidado de ancianos [(21)].

2.3.9 Situación Laboral

En general, como el proceso de envejecimiento progresa la gente debe retirarse del mercado de trabajo porque se enfrentan a las mayores dificultades para llevar a cabo su propio trabajo en diferentes ocupaciones.

Un factor que puede explicar las dificultades que enfrentan las personas mayores que abandonan el mercado de trabajo está vinculado al acceso a los sistemas de seguridad social, ya que si las personas no son miembros de un plan de pensiones es probable que hay que seguir trabajando para mantener su nivel de consumo y para satisfacer sus necesidades básicas[32].

2.3.10 Jubilación

La jubilación es una experiencia que sucede a la mitad de la vida aproximadamente, cuando muchas personas no se sienten enteramente satisfechas. La jubilación se refiere al retiro laboral de una persona y va acompañado de una pensión que es un derecho que la persona adquiere

por haber laborado durante cierta cantidad de años y por haber cotizado en algún régimen de pensión vigente [33].

La jubilación puede ser el momento para retomar proyectos o afiliaciones que se aplazaron durante largo tiempo, o puede ser un momento difícil en el que hay que hacer ajustes. En cualquier caso, la jubilación requiere un proceso de adaptación [21].

2.3.11 Estado Nutricional

El estado nutricional es el resultado de la relación entre la ingesta de nutrientes y los requisitos de los mismos. [38].

La evaluación del estado nutricional en la medicina geriátrica es el diagnóstico y deteccion de estados de desnutrición o subclínicos obvias que a menudo pasan desapercibidos en las pruebas no específicas y determinar la probabilidad de desnutrición que permite la intervención temprana [39].

2.3.12 Alteraciones en el estado Nutricional

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta de alimentos, ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales, familiares, la actividad mental,, psicológica, el estado de salud, enfermedad y restricciones socioeconómicas. Para evaluar los cambios en el estado nutricional es importante saber cuáles son los indicadores que proporcionan información fiable que reflejan el riesgo específico de condición de nutrición relacionada con la morbilidad[40].

2.3.13 Desnutrición

Condición que ocurre cuando el cuerpo no está recibiendo suficientes nutrientes. En algunos casos, es muy ligero y no causa síntomas. Pero, a veces puede ser tan grave que daña el cuerpo. Esta enfermedad es un problema importante en todo el mundo. La pobreza, los desastres naturales, problemas políticos y de guerra contribuyen a la enfermedad e incluso epidemias globales. Hay muchas causas de la malnutrición. Ésta puede surgir a raíz de [41]:

Inadecuada Dieta o desbalanceada.

Problemas con la digestión o la absorción.

Ciertas afecciones médicas.

Clasificación de la desnutrición en tres tipos [42]:

Desnutrición aguda: Deficiencia de peso por altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.

Desnutrición crónica: Retardo de altura para la edad. Asociada normalmente a situaciones de pobreza, y relacionada con dificultades de aprendizaje y menos desempeño económico.

Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal.

2.3.14 Obesidad

La obesidad a diferencia del sobrepeso es la presencia absoluta de excesiva adiposidad en el cuerpo. Además, es una acumulación anormal o excesiva de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud [29].

La obesidad también es una enfermedad crónica, caracterizada por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un aumento de peso, que sobrepasa el 15 % del peso teórico, debido al aumento de las reservas adiposas. La obesidad es la enfermedad nutricional más común en el mundo desarrollado y alcanzó proporciones significativas en los países en desarrollo, se asocia con un aumento de la morbilidad y la esperanza de vida reducida. En general, se define la obesidad como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación al peso[44].

Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC, peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros). Una persona con IMC mayor o igual a 30 es considerada obesa[43].

2.3.15 Sobrepeso

Es un importante problema para la salud en los habitantes de nuestro mundo. A pesar de ello, existe una gran controversia, no sólo en lo referente a las causas de su producción, sino también a su tratamiento, ya que algunos especialistas muy cualificados en el campo de la nutrición no le recomiendan. Se entiende como sobrepeso al estado por el cual se excede el peso adecuado para la edad y la talla. No necesariamente esta enfermedad puede ser a causa de adiposidad en el cuerpo, podría ser por el peso de la estructura ósea, el incremento de la masa muscular, la presencia de líquidos corporales, etc[45].

2.3.16 Medidas Antropométricas

Estos Indicadores Antropométricos relacionados con la edad son métodos prácticos y económicos con los que, se puede obtener una evaluación general de los cambios logrados en el tamaño del cuerpo, y su influencia sobre el estado nutricional y el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Dentro de los indicadores antropométricos están:

Peso: También se ve afectado con el envejecimiento en general, disminuye después de los 65 o 70 años de edad es muy importante conocer los cambios en el peso corporal para evaluar un posible riesgo de desnutrición u obesidad, lo cual implica alteraciones del estado de nutrición de salud [46].

2.3.16.1 Talla

La disminución de la altura es uno de los cambios más evidentes en los ancianos. Por lo general, aparece después de los 50 años y es progresiva, 30-70 años. Para los hombres, la pérdida media es de 3 cm a 5 cm para las mujeres y a los 80 años para los hombres puede ser de hasta 5 cm y 8 cm las mujeres, esta pérdida de altura tiene implicaciones cuando el IMC se calcula y se estima que el riesgo general puede sobrestimar el IMC y sin aumento real de la adiposidad [46].

2.3.16.2 Clasificación de riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal:

Los valores obtenidos de la medición del perímetro abdominal permiten clasificar el riesgo de enfermar de la persona:

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

Interpretación de los valores del perímetro abdominal (PAB)

PAB < 94 cm en varones y < 80 cm en mujeres (bajo)

Existe bajo riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles.

PAB ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres (alto)

Es considerado factor de alto riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades cardiovasculares, entre otras.

PAB ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres (muy alto)

Es considerado factor de muy alto riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, entre otras[50].

2.3.16.3 Índice de Masa Corporal (IMC):

Es un parámetro usado habitualmente para clasificar el estado de nutrición en personas adultas, el rango normal se encuentra entre 18.5 y 24.9 kg/m2 ; en la actualidad se reconoce que este indicador cambia con la edad, el rango aún no está bien definido pero se recomienda entre 23-28 kg/m2 [46].

El IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como: las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatías y accidentes cerebrovasculares); la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones); algunos cánceres (de mama y de colon)[29].

2.3.16.4 Clasificación de la valoración nutricional según IMC[50]:

La clasificación de la evaluación nutricional antropométrica debe llevarse a cabo con un índice de masa corporal (IMC). A este respecto, los valores obtenidos a partir del pesaje y medición de talla se utiliza para calcular el índice de masa corporal por la siguiente fórmula:

$$IMC = Peso\ (kg)/(talla\ (m))^2.$$

Delgadez grado III: < 16

Delgadez grado II: 16 a < 17

Delgadez grado I: 17 a < 18.5

Normal: 18.5 a < 25

Sobrepeso: 25 a < 30

Obesidad grado I: 30 a < 35

Obesidad grado II: 35 a < 40

Obesidad grado III: ≥ a 40

Interpretación de los valores de índice de masa corporal (IMC):

IMC < 18,5 (delgadez)

Las personas adultas con un IMC < 18,5 son clasificadas con valoración nutricional de “delgadez”, y presentan un bajo riesgo de comorbilidad para enfermedades no transmisibles. Un valor de IMC menor de 16 se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.

IMC < 25 (normal)

Las personas adultas con valores de IMC entre 18,5 y 24,9 son clasificadas con valoración nutricional de “normal”. En este rango el grupo poblacional presenta el más bajo riesgo de morbilidad y mortalidad.

IMC 25 a < 30 (sobrepeso)

Las personas adultas con un IMC mayor o igual a 25 y menor de 30, son clasificadas con valoración nutricional de “sobrepeso”, lo cual significa que existe riesgo de comorbilidad, principalmente de las enfermedades crónicas no transmisibles.

IMC ≥ de 30 (obesidad)

Las personas adultas con valores de IMC mayor o igual a 30 son clasificadas con valoración nutricional de “obesidad”, lo cual significa que existe alto riesgo de comorbilidad, principalmente de las enfermedades crónicas no transmisibles.

2.4. Definición de la terminología

2.4.1 Adulto Mayor

Se define como persona adulta mayor a la mujer o varón de 60 años a más de edad [29].

2.4.2 Adultos mayores jóvenes

Personas de edades comprendidas entre los 65-74 años. En general, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia es independiente para realizar las actividades de la vida diaria.

2.4.3 Ancianos

Personas de 75- 84 año. La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacables, así como la morbilidad y la mortalidad [29].

2.4.4 Ancianos viejos

Personas de más de 85 años. La fragilidad y la incapacidad son los aspectos más predominantes [29].

2.4.5 Adulto mayor sano

Es el que no presenta ninguna enfermedad ni alteración funcional, mental o social [20].

2.4.6 Adulto mayor enfermo

La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital [20].

2.4.7 Estado Nutricional

Es la situación en la que una persona está relacionada con la ingesta alimentaria y adaptaciones fisiológicas que se producen después de la entrada de nutrientes [14].

2.4.8 Nutrición:

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con los alimentos que el cuerpo necesita, una buena nutrición (adecuado y una dieta equilibrada combinada con ejercicio regular) es esencial para la buena salud [14].

2.4.9 Riesgo Nutricional:

La probabilidad de sufrir enfermedades o complicaciones médicas por desnutrición o tener malos hábitos alimentarios o inadecuados comportamientos alimentarios[29].

2.4.10 Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet:

Es una medida que asocia el peso corporal de una persona con su talla elevado al cuadrado. Fue ideado por el estadístico Quetelet cuya fórmula de cálculo es:
IMC= Peso (Kg) / talla (m)2 [29].

2.4.11 Antropometría

Para la realización de las mediciones antropométricas se consideran el peso y la Talla [15].

2.4.12 Peso Corporal

Es la masa corporal de un individuo medido en kilogramos. Es una medida aproximada del total de almacenamiento de energía en el cuerpo. Esto varía según la edad y el sexo, no sólo entre individuos, sino también dentro de una persona [15].

2.4.13 Talla

La talla es la medición del tamaño o estatura en un individuo. Debe medirse utilizando procedimientos estándar para asegurar la calidad de los datos. La disminución de talla con el aumento de la edad es un hecho evidente, y es

el resultado de la comprensión vértebral cambiando la altura y forma de los discos vertebrales, pérdida de cambios del tono muscular y la postura [15].

2.4.14 Envejecimiento

No puede ser considerado sólo desde el punto de vista cronológico, con su carácter puramente biológico y de trastornos funcionales. Si no que, a la vez, tiene un sentido social, es decir, se construye socialmente y está referido a las conductas y actitudes adecuadas para una determinada edad cronológica [28].

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio de investigación siguió el paradigma cuantitativo, porque permitió identificar los factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016, cuyos resultados se presentaron en tabla y figuras utilizando estadígrafos como el porcentaje.

La investigación cuantitativa nos ofrece la posibilidad de generalizar los resultados de manera más amplia y además nos otorga control sobre los fenómenos [37].

El diseño metodológico de la investigación correlacional – causal [37].

Tiene como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular.

Los estudios de correlación están diseñados para responder a las preguntas de investigación, tales como las siguientes: ¿Las condiciones socioeconómicas de los estudiantes del IEP 2532 de la ciudad Zaña afecta al rendimiento académico durante el año escolar en 2013?, ¿una mayor variedad y autonomía de trabajo es la motivación más intrínseca a las tareas de trabajo? ¿Existe una relación entre la violencia familiar y el rendimiento escolar? O, como en el caso de esta investigación ¿Cuáles son los factores socioeconómicos que afectan el estado nutricional de las personas mayores?

3.2. Población y Muestra

3.2.1 Población

La población fueron personas AM (adultas mayores) asistentes al programa en centro de Salud José Quiñones Gonzales, Chiclayo 2016. Cuyo objeto de estudio estuvo representado por 40 adultos mayores.

3.2.1.1 Criterios de inclusión

En esta investigación, se tuvo presente a las personas que estuvieron registradas en el "Programa del adulto mayor del centro de Salud José Quiñones Gonzales" y que aceptaron participar voluntariamente en el trabajo de investigación.

3.2.1.2Criterios de exclusión

Se consideró a la persona registrada que no asistió regularmente al "Programa del adulto mayor del Centro de Salud José Quiñones Gonzales" y las personas que no quisieron participar de esta investigación.

3.2.2 Muestra:

Dada que la población fue pequeña las investigadoras decidieron trabajar con los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Hipótesis

Los factores socioeconómicos influyen significativamente en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales, Chiclayo 2016.

3.3.1 Prueba de hipótesis

Se plantea la hipótesis:

Los factores socioeconómicos influyen significativamente en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales, Chiclayo 2016.

Ahora mostramos que los modelos presentados en consonancia con las observaciones se aplican a la distribución Chi-cuadrado con nivel de significación 0,05; usaremos para esto el estadístico*:*

$$\chi 2calculado = \sum \frac{(OE-E)2}{}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con k -1 grados de libertad. Como sigue:

		Socioeconomico
Chi-cuadrado	*3,950 gl*	*2*
Sig. asintót.		*,001*

En este estudio se considera 2 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0,05 entonces al comparar los resultados se tiene que 3,950 □5,9915, con un nivel de significancia de 0,00

Por lo tanto se acepta la hipótesis propuesta, los factores socioeconómicos influyen significativamente en el "estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales, Chiclayo 2016."

3.4. Variables:

Variable Independiente: Factores Socioeconómicos

Variable Dependiente: Estado Nutricional

3.5. Operacionalización

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	INSTRUMENTO
Factores Socioeconómicos	Factores Sociales	Estado Civil	S-C-V-D	Observación/ Guía de recolección de datos Formulario.
		Situación de convivencia	Solo- Hijos- Nueras- Nietos- Sobrinos	
		Grado de Instrucción	Primaria- Secundaria- Superior	
	Factores Económicos	Ingreso económico mensual	Menor de 500/ Entre 500 y 1000	
		Alguna enfermedad – ingesta de fármacos	Si / No	
		Ocupación laboral	No trabaja / Trabajo independiente / Jubilado.	

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	INSTRUMENTO
Estado Nutricional	Alteraciones en el estado nutricional	IMC	Delgadez grado III < 16 Delgadez grado II 16 a < 17 Delgadez grado I 17 a < 18.5	Observación/ Guía de recolección de datos.
			Normal 18.5 a < 25	
			Sobrepeso 25 a < 30	
			Obesidad grado I 30 a < 35 Obesidad grado II 35 a 40 Obesidad grado III ≥ 40	
		Contextura	Delgadez Extrema Delgado Normal Robusto Obeso	
		Perímetro abdominal	BAJO: PAB < 94 cm en varones y < 80 cm en mujeres.	

			ALTO: PAB ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres.	
			MUY ALTO: PAB ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres	
	Hábitos alimenticios	Alimentación y Nutrición	¿Qué es lo que come en el desayuno- almuerzo- cena?	

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas de recolección de datos:

La técnica que se utilizó en esta investigación es la observación:

La observación es un elemento clave de cualquier proceso de investigación; en que se apoya el investigador para obtener más datos. Gran parte del cuerpo es del conocimiento científico se logró a través de la observación [47].

3.6.2 Instrumentos de recolección de datos:

Los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo dicha investigación fueron el formulario y una guía de recolección de datos.

El instrumento fue sometido a juicio de expertos quienes ayudaron a corregir algunos criterios. Asimismo se aplicó el instrumento a una prueba piloto de 15 adultos mayores para determinar la confiabilidad del instrumento demostrándose ,8290 de confiabilidad Alfa de Cronbach.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,829	4

	Correlación total de elementos	Alfa de Cronbach
¿Come menos de dos comidas al día?	,825	,699

¿Consume alimentos muy dulces o golosinas como: caramelos, gaseosas?	,825	,699
¿Su dieta incluye algunos de los siguientes alimentos: salchicha, mantequilla, fritura, carne de cerdo, etc?	,941	,629
¿Consume frutas y verduras?	,000	,933

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
Inter sujetos		7,233	14	,517	14,378	,000
Intra sujetos		3,800	3	1,267		
	Entre elementos	3,700	42	,088		
	Residuo	7,500	45	,167		
Total	Total	14,733	59	,250		

En la tabla se observa que el valor del análisis de varianza (ANOVA) el valor de la prueba F es altamente significativo ($p < 0.01$) lo que indica de que el cuestionario es válido.

Asimismo el valor del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach supera el valor considerado $(\alpha > 0.70)$ por lo que el instrumento es confiable.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Para recolectar la información se realizó lo siguiente:

Se envió un oficio al Centro de Salud José Quiñones Gonzales para que el director dé la autorización para ejecutar el estudio.

Se dialogó con la enfermera a cargo del Programa del adulto mayor del Centro de Salud José Quiñones Gonzales para que colabore con en el estudio y facilite el acercamiento con los adultos asistentes al programa.

Se conversó con las personas que acuden al “Programa del adulto mayor del Centro de Salud José Quiñones Gonzales” para informarles el objetivo de la investigación y obtener su consentimiento informado.

Finalmente se aplicó las técnicas e instrumentos previamente elaborados.

3.8. Análisis Estadístico e Interpretación de los datos

Se realizó mediante tablas y gráficos para el procesamiento de la información.

Al obtener la información; se procesaron los datos en un software, que permitirán obtener los resultados.

Se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

Mediante la varianza de los ítems

$$\frac{K}{K-1}\left(1-\frac{\sum V_i}{V_t}\right)$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,800; indicando que es altamente confiable

3.9. Criterios éticos

Se tuvo en cuenta los principios éticos planteados por Belmont, que sirvieron como justificación básica para las prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas. Entre los principios aceptados generalmente en nuestra tradición cultural, tres son particularmente apropiados a la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos: los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia.

Respeto a las personas:

El principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida es decir; respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas.

Beneficencia:

Principio de beneficencia es tratar a las personas de una manera ética, es decir no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

Justicia:

Principio de justicia consiste en el derecho de un trato justo y equitativo. Ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga.

3.10. Criterios de rigor científico

En la investigación titulada Factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del Adulto Mayor del Centro de Salud José Quiñones Gonzales se aplicaron los siguientes criterios de rigor científico:

Validez: Teniendo en cuenta la operacionalización de la variable se construyó el instrumento de recolección de datos para asegurar la validez de contenido del estudio.

Auditabilidad: Las investigadoras hicieron una descripción minuciosa del procedimiento que se utilizó para recolectar y procesar los datos facilitando a que otros investigadores puedan seguir la misma trayectoria.

CAPITULO IV

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y en gráficos:

Durante el periodo de agosto 2016, se recolectó información en 40 adultos mayores que asisten al centro de salud José Quiñones Gonzales. El objeto de estudio fue los factores socioecomicos que influyen en el estado nutricional de la persona adulta mayor, resultados que mostramos a continuación:

Tabla Nº1

Distribución del sexo según la edad del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

			Edad			Total
			61 - 70 años	71 - 80 años	más de 81 años	
Sexo	Varón	Recuento	3	4	1	8
		% del total	7,5%	10,0%	2,5%	20,0%
	Mujer	Recuento	16	13	3	32
		% del total	40,0%	32,5%	7,5%	80,0%
Total		Recuento	19	17	4	40
		% del total	47,5%	42,5%	10,0%	100,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Distribución del sexo según la edad del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

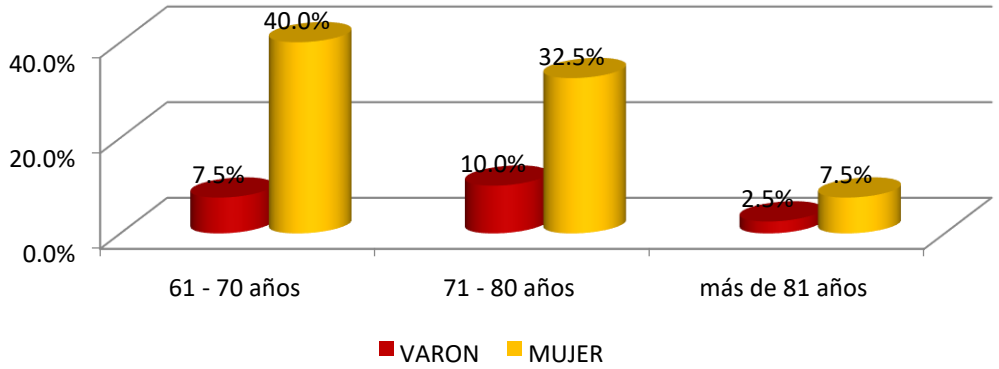

Fig. Nº1: Se observa que 40% son mujeres cuyas edades osciilan de 61 - 70 años ; seguido de las mujeres cuyas edades edades son de 71 a 80 años; luego se tiene que 10,0% son varones de 71 a 80 años, mientras que los porcentajes más bajos son de los varones que tienen más de 81 años .

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº2

Distribución del sexo según el peso del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

			peso			Total
			Menos de 50 kg	51 kg - 70 kg	Más de 70 kg	
Sexo	Varón	Recuento	1	7	0	8
		% del total	2,5%	17,5%	0,0%	20,0%
	Mujer	Recuento	6	25	1	32
		% del total	15,0%	62,5%	2,5%	80,0%
Total		Recuento	7	32	1	40
		% del total	17,5%	80,0%	2,5%	100,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Distribución del sexo según el pesodel adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

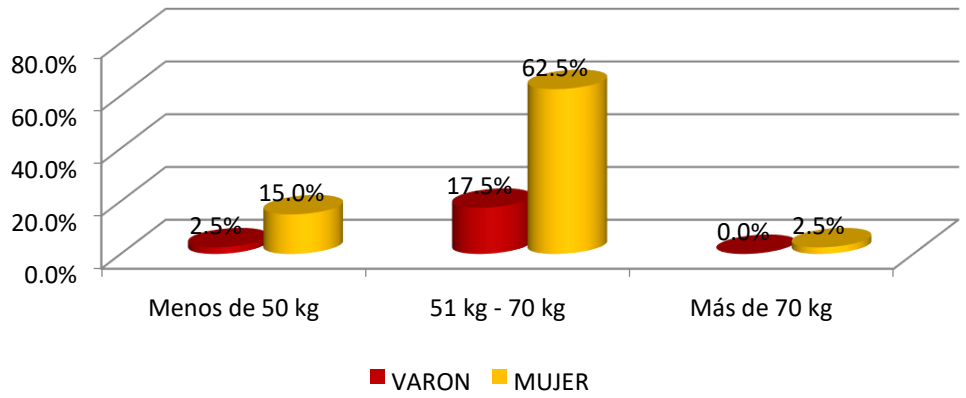

Fig. Nº2: Se observa que 62,5% son mujeres cuyo peso es de 51kg - 70 kg ; seguido del 17,5% de varones cuyos pesos van de 51 kg - 70 kg; luego el 15% de mujeres tienen pesos menores de 50kg; mientras que los porcentajes más bajos son 2,5% de los varones pesan menos de 50kg y 2,5% de las mujeres pesan más de 70kg

años .

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº3

Distribución del sexo según la talla del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

			talla			Total
			menos de 1,40 m	1,41m - 1,59 m	Más de 1,60 m	
Sexo	Varon	Recuento	1	5	2	8
		% del total	2,5%	12,5%	5,0%	20,0%
	Mujer	Recuento	4	22	6	32
		% del total	10,0%	55,0%	15,0%	80,0%
Total		Recuento	5	27	8	40
		% del total	12,5%	67,5%	20,0%	100,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Distribución del sexo según la talla del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

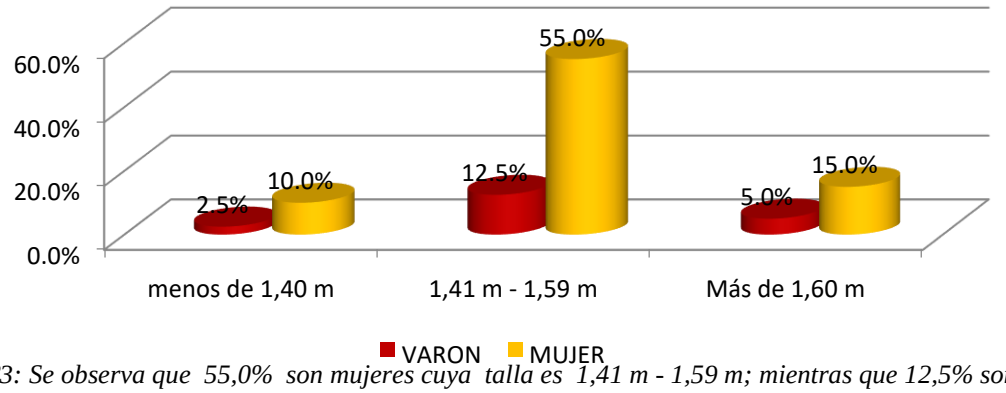

Fig. Nº3: Se observa que 55,0% son mujeres cuya talla es 1,41 m - 1,59 m; mientras que 12,5% son varones que tienen de 1,41m - 1,59m; seguido del 15,0% de mujeres que tienen tallas mayores a 1,60 m; el 10,0% de mujeres que tienen tallas menores a 1,40m. Luego los porcentajes más bajos son del 2,5% de varones con tallas menores a 1,40m y el 5% de varones con más de 1,60m

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº4

Estado nutricional según el sexo y el índice de masa corporal (IMC) del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

CORPORAL			Normal (18,5 - 24,9)	sobrepeso (25,0 - 29,9)	Obesidad (> 30)	Total	MASA
Sexo	Varón	Recuento	2	4	2	8	
		% del total	5,0%	10,0%	5,0%	20,0%	
	Mujer	Recuento	8	17	7	32	
		% del total	20,0%	42,5%	17,5%	80,0%	
Total		Recuento	10	21	9	40	
		% del total	25,0%	52,5%	22,5%	100,0%	

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Estado nutricional según el sexo y el índice de masa corporal (IMC) del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

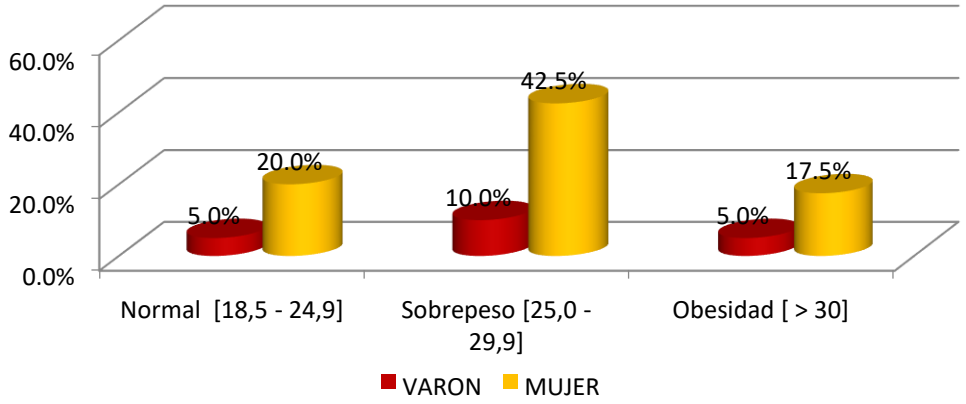

Fig. Nº4: Se observa que 42,5% son mujeres presentan sobrepeso [25,0 - 29,9]; seguido del 20,0% mujeres que tienen un IMC normal [18,5 - 24,9]; y el 17,5 de mujeres que tiene n un IMC que indica obesidad [>30]; mientras que los porcentajes bajos son de 5% de varones con IMC normal; 10% de los varones tienen IMC que indica sobrepeso y 5% de los varones presentan un IMC que indica obesidad

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº5

Perímetro abdominal según sexo del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

		PERIMETRO ABDOMINAL			Total
		Bajo (<94)	Moderado (>=94)	Alto (>=102)	
Sexo	Varón Recuento	2	4	2	8
	Varón % del total	5,0%	10,0%	5,0%	20,0%
		PERIMETRO ABDOMINAL			Total
		Bajo (< 80)	Moderado (>=80)	Alto (>=88)	
	Mujer Recuento	8	17	7	32
	Mujer % del total	20,0%	42,5%	17,5%	80,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones

Perímetro abdominal según sexodel adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

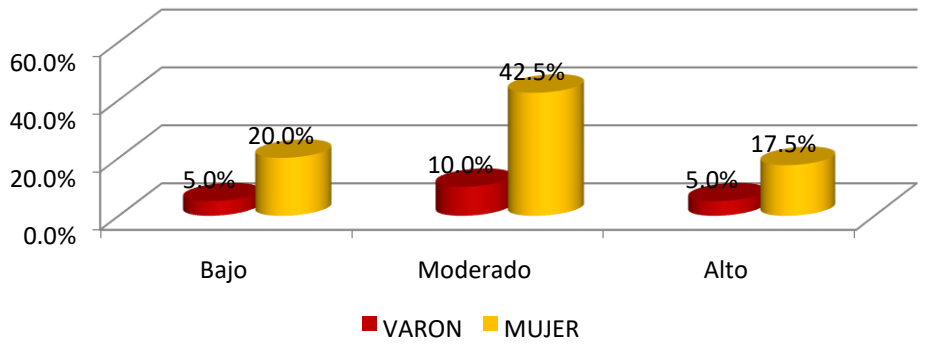

Fig. Nº5: Se observa que de los que presentan perimetro abdominal moderado 42,5% son mujeres y 10,0% son varones ; mientras que los que presentan perimetro abdominal bajo 20% son mujeres y 5% son varones; además de los que tienen perimetro abdominal alto 17,5% son mujeres y 5% son varones.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº6

Contextura corporal con respecto al sexo del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

			contextura			Total
			Normal	sobrepeso	obeso	
sexo	Varón	Recuento	1	3	4	8
		% del total	2,5%	7,5%	10,0%	20,0%
	Mujer	Recuento	5	12	15	32
		% del total	12,5%	30,0%	37,5%	80,0%
Total		Recuento	6	15	19	40
		% del total	15,0%	37,5%	47,5%	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a personas adultas mayores que asisten al Programa en centro de Salud José Quiñonez Gonzales, Chiclayo 2016

Contextura corporal con respecto al sexo del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016.

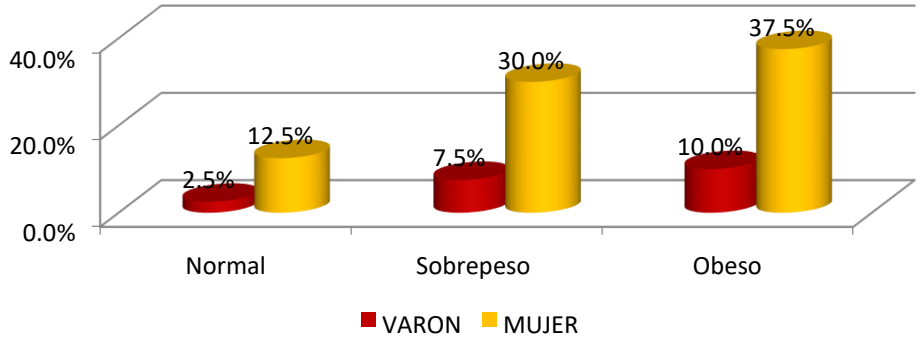

Fig. Nº 6: Se observa la contextura corporal normal se tiene que 12,5% son mujeres y 2,5% son varones ; en cuanto sobrepeso se tiene que 30,0% son mujeres y 7,5% son varones ; además de los que son obesos 37,5% son mujeres y 10,0% son varones.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº7

Factores sociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

Estado Civil	Soltero(a)	Recuento	8
		% del total	16,0%
	Casado(a)	Recuento	10
		% del total	20,0%
	Viudo(a)	Recuento	24
		% del total	48,0%
	Divorciado	Recuento	4
		% del total	8,0%
	Conviviente	Recuento	4
		% del total	8,0%

Con quien vive	Solo	Recuento	9
		% del total	18,0%
	Con su esposo(a)	Recuento	6
		% del total	12,0%
	Hijo(a)	Recuento	25
		% del total	50,0%
	Hermanos	Recuento	2
		% del total	4,0%
	Nietos	Recuento	8
		% del total	16,0%
Grado de instrucción	Primaria Incompleta	Recuento	22
		% del total	44,0%
	Primaria Completa	Recuento	20
		% del total	40,0%
	Secundaria Incompleta	Recuento	2
		% del total	4,0%
	Secundaria completa	Recuento	6
		% del total	12,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Factores sociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

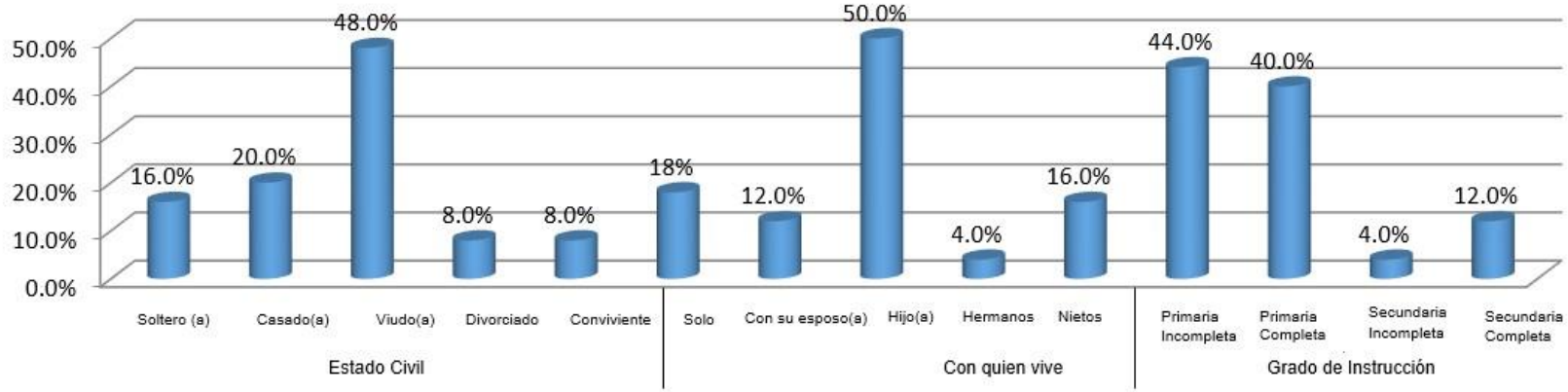

Fig. N° 7:: Se observa que 48,0% son viudos(as); seguido del 20,0% que son casados. Además se tiene que el 50,0% vive con sus hijos(as), seguido del 18,0% que vive solo(a). Se tiene que el 84,0% tienen estudios primarios.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº8

Factores económicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

Ingreso Económico	Menos de S/.500	Recuento	37
		% del total	92,5%
	Entre S/.500 – S/. 1000	Recuento	2
		% del total	5,0%
	Más de S/.1000	Recuento	1
		% del total	2,5%
Sufre enfermedades/ ingiere farmacos	Si	Recuento	31
		% del total	77,5%
	No	Recuento	7
		% del total	17,5%
	Frecuencia	Recuento	2
		% del total	5,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

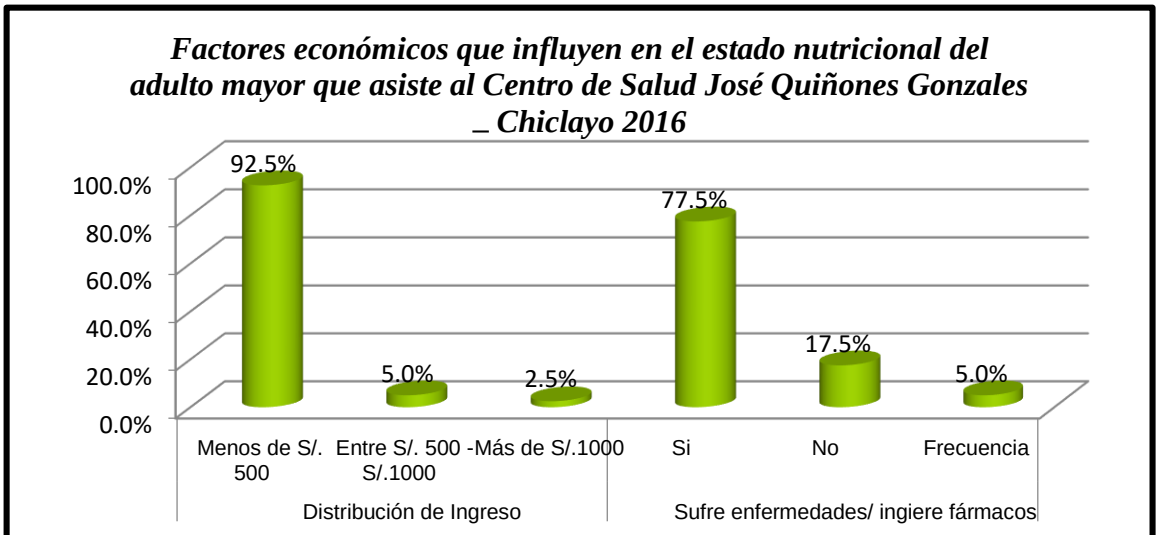

Fig. Nº 8:: Se observa que el 92,50% tienen ingresos menores a S/. 500; el 5% tienen ingresos entre S/.500 - S/.1000; mientras que el 2,5% tienen ingresos mayores a S/.1000; en cuanto a si sufre enfermedades o consume farmacos se tiene que el 77,5% si lo padece; 17,5% no lo padece y el 5% frecuentemente lo padece.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº09

Hábitos Nutricionales: consume menos de dos comidas día con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

Come menos de dos comidas al día	Si	Recuento	4
		% del total	10,0%
	No	Recuento	35
		% del total	87,5%
	Frecuencia	Recuento	1
		% del total	2,5%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Hábitos Nutricionales: consume menos de dos comidas día con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

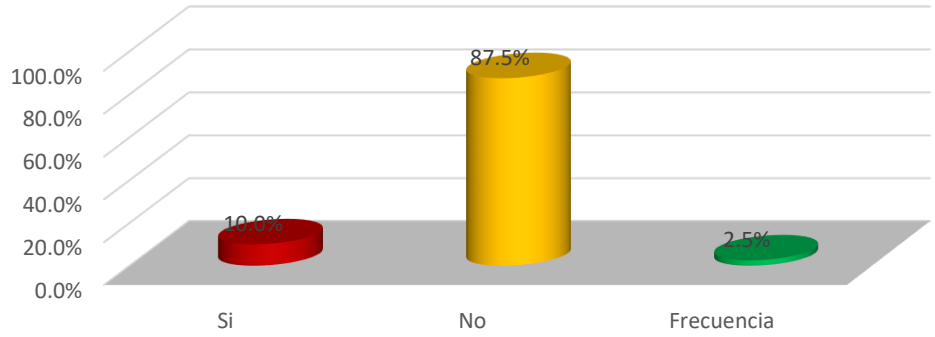

Fig. Nº09: Muestra que los adultos mayores en un 87,5% no consumen menos de dos comidas mientras que el 10% si consume menos de dos comidas y el 2,5% frecuentemente come menos de dos comidas al día.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº10

Hábitos Nutricionales: consume alimentos dulces o golosinas con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

consume alimentos dulces o golosinas	Si	Recuento	15
		% del total	37,5%
	No	Recuento	13
		% del total	32,5%
	Frecuencia	Recuento	12
		% del total	30,0%
Total		Recuento	40
		% del total	100,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

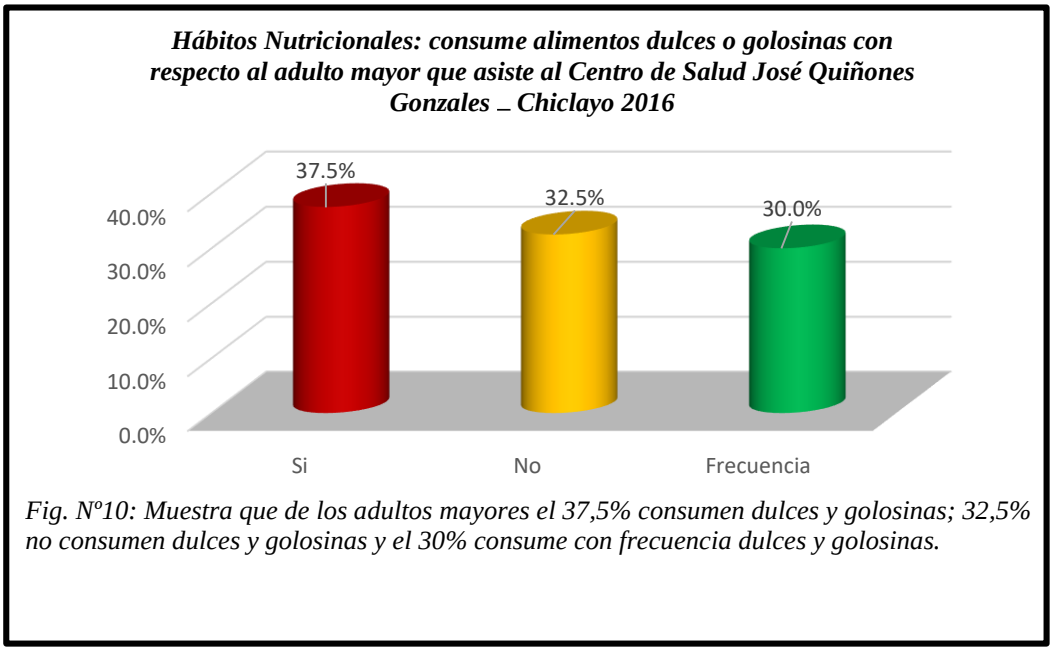

Fig. Nº10: Muestra que de los adultos mayores el 37,5% consumen dulces y golosinas; 32,5% no consumen dulces y golosinas y el 30% consume con frecuencia dulces y golosinas.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº11

Hábitos Nutricionales: consume comidas saladas con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

consume comidas saladas	Si	Recuento	9
		% del total	22,5%
	No	Recuento	23
		% del total	57,5%
	Frecuencia	Recuento	8
		% del total	20,0%
Total		Recuento	40
		% del total	100,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Hábitos Nutricionales: consume comidas saladas con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

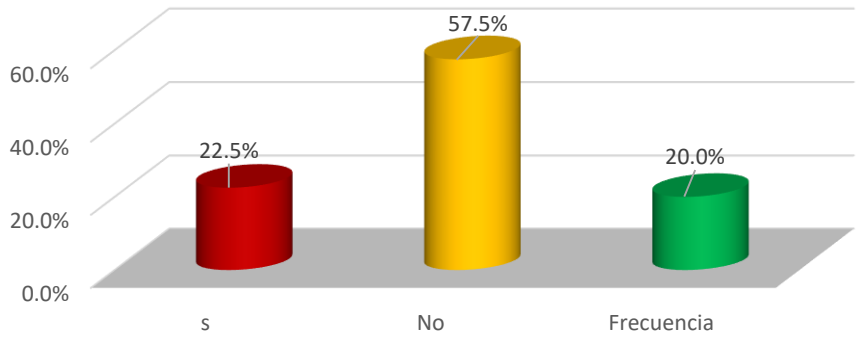

Fig. Nº11: Muestra que de los adultos mayores el 22,5% consumen comidas saladas; el 57,5% no consume comidas saladas y el 20% consume con frecuencia comidas saladas.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº12

Hábitos Nutricionales: incluye en su dieta salchichas, mantequilla, frituras, carne de cerdo con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

incluye en su dieta salchichas, mantequilla, frituras, carne de cerdo	Si	Recuento	25
		% del total	62,5%
	No	Recuento	7
		% del total	17,5%
	Frecuencia	Recuento	8
		% del total	20,0%
Total		Recuento	40
		% del total	100,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Hábitos Nutricionales: incluye en su dieta salchichas, mantequilla, frituras, carne de cerdo con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

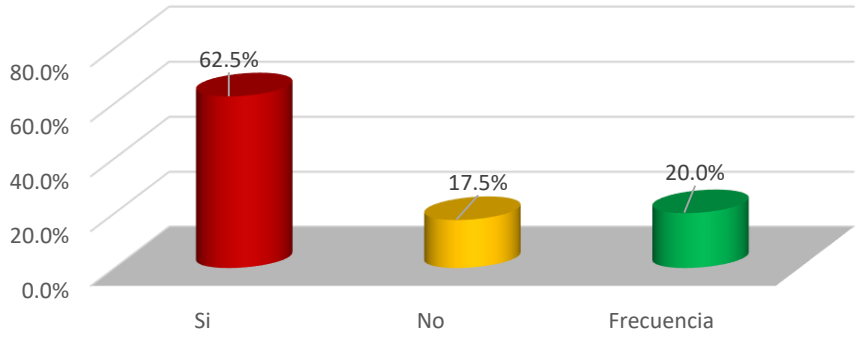

Fig. Nº12: Muestra el consumo de salchicha, mantequilla, frituras, carne de cerdo de los adultos mayores donde el 62,5% si lo incluye en su dieta; 17,5% no lo incluye en su dieta y el 20% frecuentemente lo incluye en su dieta.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Tabla Nº13

Hábitos Nutricionales: consume frutas y verduras con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016.

Consume frutas y verduras	Si	Recuento	33
		% del total	82,5%
	No	Recuento	1
		% del total	2,5%
	Frecuencia	Recuento	6
		% del total	15,0%
Total		Recuento	40
		% del total	100,0%

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

Hábitos Nutricionales: consume frutas y verduras con respecto al adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales _ Chiclayo 2016

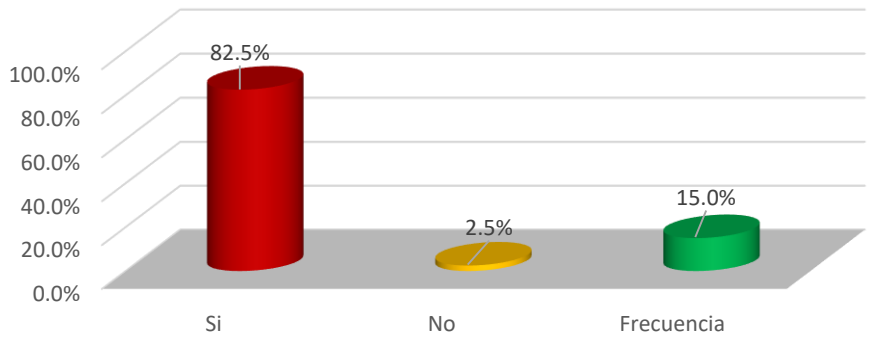

Fig. Nº13: Muestra el consumo de frutas y verduras de los adultos mayores donde el 82,5% si consume; 2,5% no lo consume y el 15% frecuentemente no lo consume.

Fuente: encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

4.2. Discusión de los resultados

Hoy en día el crecimiento de la población AM (adulta mayor) es un fenómeno mundial; por ello el estado nutricional es un componente crítico de buena salud a cualquier edad, pero necesita una mayor atención en el grupo de adultos mayores. Sin embargo, pocos programas de valoración geriátrica se han centrado en los

factores que influyen en la evaluación nutricional como un componente importante de la valoración del adulto mayor.

En este marco se ha realizado la investigación sobre los factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud José Quiñones Gonzales.

Para discutir los resultados se basará en los objetivos planteados:

Sobre identificar el estado nutricional según parámetros antropométricos, mediante el uso de la talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal del adulto mayor que asiste al centro de salud José Quiñones Gonzales.

Se ha encontrado en la tabla N° 1 que 40% son mujeres cuyas edades oscilan de 61 - 70 años ; seguido de las mujeres cuyas edades edades son de 71 a 80 años; luego se tiene que 10,0% son varones de 71 a 80 años, mientras que los porcentajes más bajos son de los varones que tienen más de 81 años. Asimismo en la tabla N° 2 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; seguido del 17,5% de varones cuyos pesos van de 51 kg - 70 kg; luego el 15% de mujeres tienen pesos menores de 50kg; mientras que los porcentajes más bajos son 2,5% de los varones pesan menos de 50kg y 2,5% de las mujeres pesan más de 70kg. También en la tabla N° 3 se observa la distribución del sexo según la talla del adulto mayor, donde el 55,0% son mujeres cuya talla es 1,41 m - 1,59 m; mientras que 12,5% son varones que tienen de 1,41m - 1,59m; seguido del 15,0% de mujeres que tienen tallas mayores a 1,60 m; el 10,0% de mujeres que tienen tallas menores a 1,40m. Luego los porcentajes más bajos son del 2,5% de varones con tallas menores a 1,40m y el 5% de varones con más de 1,60m. Por otro lado en la tabla N° 4 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 [25,0 - 29,9]; seguido del 20,0% mujeres que tienen un IMC normal [18,5 - 24,9]; y el 17,5 de mujeres que tiene un IMC que indica obesidad [>30]; 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.

Seguidamente en la tabla N° 5 se observa el perímetro abdominal según sexo del adulto mayor, donde los que presentan el perímetro abdominal moderado 42,5% son mujeres y 10,0% son varones; mientras que los que presentan perímetro abdominal bajo 20% son mujeres y 5% son varones; además de los que tienen perímetro abdominal alto 17,5% son mujeres y 5% son varones.

Todos estos hallazgos se corroboran con la investigación de Cárdenas, H. Roldan, L. 2013; titulada: “Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú”, refiere que los últimos 35 años la población de 60 años y más es el triple, de 798,689 personas (5,9%) en 1972 a 2,495,643 personas (9,1%) en el año 2007. El mayor porcentaje (70%) de los adultos (AM) viven en áreas urbanas del país, haciendo hincapié en Lima Metropolitana (LM) con el mayor porcentaje de AM en el país (37%). Para este estudio, 300 hogares seleccionados al azar AM habitantes de Lima, de diferentes estratos sociales. El estado nutricional se evaluó mediante el índice de masa corporal (IMC). AM se clasificaron según el IMC: normal es de 22-27, el sobrepeso y la obesidad a partir de 27.1 a 29.9 ≥30 kg / m2. Resultados: La prevalencia de sobrepeso fue del 48% (26% en peso y obesidad 22,3%) sin diferencia significativa entre los niveles socioeconómicos (SES) (p = 0,088). se informó con mayor obesidad en mujeres y NSE diferencias significativas (p = 0,030). La mayor prevalencia de obesidad se observó en población de mujeres del NSE medio (32 %) [12]. En comparación con nuestros resultados las investigadoras identificamos que los adultos mayores de sexo femenino presentan mayor incidencia en la problemática del sobrepeso, seguido de obesidad.

Sobre Identificar factores sociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales.

En cuanto a los factores sociales se ha encontrado en la tabla N° 7 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.

Estos hallazgos se corroboran con la investigación de Tarqui, C. 2014; que realizó en América Latina titulada: “Estado nutricional asociado a características sociales en el adulto mayor peruano”. Se realizó un estudio transversal analítico donde el estado nutricional se evalúo mediante el índice de masa corporal (IMC) según la clasificación del estado nutricional para el adulto mayor del Ministerio de Salud de Perú. El análisis estadístico consideró la ponderación necesaria para muestras complejas. Se incluyó a 7267 adultos mayores con una media de edad de 70 y 80 años. El 26,8% presentaron delgadez, 21,7% sobrepeso y 10,6% obesidad. El analfabetismo (95%), nivel educativo primario (95%), pobreza extrema (95%), residir en área rural (95%), fueron factores asociados a delgadez. Residir en área urbana o costa y ser no pobre se asoció a sobrepeso. El sexo femenino, nivel educativo primario y secundario; vivir en área urbana, la costa, Lima Metropolitana selva y ser no pobre estuvieron asociados a obesidad. Los datos sugieren que tanto la delgadez como el exceso de peso son frecuentes en la población de adultos mayores estudiada[4]. Al comparar los resultados con nuestra investigación hemos observado que son similares en cuanto a los factores sociales como el nivel educativo solo primario que es de mayor prevalencia, influyendo en la falta de conocimiento sobre los hábitos nutricionales.

Sobre identificar factores económicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales.

En cuanto a los factores económicos se ha encontrado en la tabla N°8 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 en la tabla 09 que los adultos mayores en un 87,5% no consumen menos de dos comidas.

Asimismo en la tabla 10 se muestra que de los adultos mayores el 37,5% consumen dulces y golosinas; también en la tabla 11 se encuentra que de los adultos mayores el 22,5% consumen comidas saladas; y en el grafico 12 se muestra el consumo de salchicha, mantequilla, frituras, carne de cerdo de los adultos mayores donde el 62,5% si lo incluye en su dieta; sin embargo en el grafico 13 se observa el consumo

de frutas y verduras de los adultos mayores donde el 82,5% si consume; 2,5% no lo consume y el 15% frecuentemente no lo consume.

Estos hallazgos se corroboran con la investigación de Gonzales, J. 2011; realizó en Bogotá un estudio titulado: “Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca”; donde los resultados obtenidos revelaron que el 15% de la población estudio se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio, siendo el mayor porcentaje de la muestra 72,5% mujeres y 27,5 % varones, el 62,5% se encuentra en el grupo etareo de 7079 años, seguido por 32,5 % entre 80 y 89, el 4% de 60 a 69 años y el 1% corresponde al rango mayor de 90 años, el 100% recibe menos de un salario mínimo. Los factores de riesgo con mayor prevalencia estuvieron asociados a problemas económicos y al estado nutricional, fueron los relacionados con los parámetros dietéticos, en donde se encontró que el 86% de la población no consume carne, pescado o aves diariamente, el 84% no consume frutas o verduras dos veces al día y el 70% consume únicamente dos comidas al día[1]. Al comparar los resultados con nuestra investigación hemos observado que los factores económicos como el 92.5% de ingreso monetario menor de 500 mensual, 77.5% de ingesta de fármacos, diversos hábitos alimentarios, influyen en el estado nutricional del adulto mayor.

Finalmente el objetivo general fue identificar los factores socioeconómicos que influyen en el Estado Nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones, este se corrobora con la investigación de Sánchez, F. De la Cruz, F. y Cereceda, M. 2014; realizaron en Perú un estudio titulado: “Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal” la cual fue un estudio descriptivo, transversal.

Participantes: Personas mayores de 60 años de ambos sexos. Intervenciones: Se determinó el peso y la talla a 115 personas mayores de 60 años que asistían constantemente al Programa Municipal. Se les aplicó una encuesta sobre hábitos alimentarios y otra para establecer el nivel socioeconómico. Para determinar el nivel

socioeconómico se aplicó una encuesta. Ambas previamente validadas. Como resultado se encontró una prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesidad (19,1%). Más de 60% presentó hábitos alimentarios inadecuados (65,2%). Los adultos mayores se ubicaron principalmente en el nivel socioecómico (NSE) medio bajo (37%) y en el NSE medio (33%). En nuestros sujetos de estudio se evidenció asociación entre el estado nutricional, hábitos alimenticios y el nivel socioeconómico. Por otro lado, en la población adulta mayor existe una relación directa entre hábitos alimentarios in-adecuados y enfermedades crónicas no transmisibles[13]. Al comparar dichos resultados con nuestra investigación hemos observado que son similares a los datos que hemos obtenido que existe una prevalencia mayor en sobrepeso (42,5%), seguido de obesidad (17.5), influyendo en ello tanto los factores económicos como los sociales.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1.- Se evaluó el estado nutricional de este grupo etario haciendo uso de los parámetros antropométricos según talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales- Chiclayo 2016.

2.- Al entrar en contacto con los adultos mayores permitió identificar los factores sociales los cuales tienen mayor influencia en cuanto a su estado nutricional.

3.- Se identificó los factores económicos como el ingreso económico mensual, los cuales influyeron en el “estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales- Chiclayo 2016”.

5.2. Recomendaciones

1. Recomendamos a la licenciada enfermera encargada del programa que a través de la educación pueda enseñar a realizar diversas actividades al adulto mayor para mejorar su autocuidado, pudiendo ello influir en el estado nutricional.

2. Se sugiere al programa que dentro de las actividades que realizan los adultos mayores, se considere asesoría nutricional donde incluya talleres de nutrición dirigidos por profesionales especialistas, para que les enseñe alternativas nutricionales las cuales les ayuden a mejorar su estado nutricional.

3. Reconocer que es una población vulnerable nutricionalmente debido a diversos factores y que la supresión de alimentos esenciales puede ser una condición determinante para que su estado nutricional se deteriore.

4. Se sugiere realizar otra investigación referido a factores físicos, emocionales, psicológicos que influyan en el estado nutricional de adulto mayor; evitando el incremento de morbi/mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzales J. *Evaluacion Del Estado Nutricional De Un Grupo De Adultos Mayores Pertenecientes Al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana*. Bogotá D.C. Junio 7 de 2011. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf

2. Méndez, M. Israel E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 202-234. ISSN 1561-2961. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000400007

3. Mendoza F. *Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana*, 2011; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3435

4. Tarqui C. *Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano.* Rev Peru Med Exp Salud Publica vol.31 n.3 Lima Jul./Sep. 2014. Disponible en : http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300009&lang=pt

5. Torrejón M. *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayores*. In Cres. Vol. 3 N° 2: pp. 267-276, jul.-dic. 2012. Disponible en : http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/116/80

6. Álvarez, D. (2012).*Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso*. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-653960

7. Prado, L. Gonzales, M. Paz, N. y Romero, K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* [online]. 2014, vol.36, n.6, pp. 835-845. ISSN 1684-1824. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004

8. Montejano R. *Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados.* Nutr. Hosp. vol.28 no.5 Madrid set.-oct. 2013. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212161120130005 00010

9. Valera L. *Nutrición en el Adulto Mayor: Nutrition in the elder population. Rev Med Hered* Publica vol.24, no.3 Lima Jul/Sep. 2013. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500010

10. Manayalle, P. Características del Estado Nutricional de los Adultos Mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque – Perú, 2013. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1188/3/Manayalle_pm.pdf

11. Gonzales J. Evaluación del Estado Nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca; Bogotá 2011. Disponible en : http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf

12. Cárdenas, H. Roldan, L. Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconòmico de adultos mayores no institucionalizados de Perú. 2013. Disponible en : http://www.redalyc.org/pdf/469/46929416003.pdf

13. Sánchez, F. De la Cruz, F. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. Perú, 2014. Disponible en: http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/8382/7482

14. Sarría, A. Alimentación y nutrición, Disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114

15. Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf

16. Arias, J. El cuidado. 2012, Disponible en : http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html

17. Cardona, D . Segura, A. Garzan, M. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia, julio 2015. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/es_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf

18. Hernández, M. Revista Cubana de Salud Pública: Envejecimiento. Instituto de Nutrición. La Habana, Cuba. 3 de julio de 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n4/spu11414.pdf

19. RA.K Envejecimiento cambios de la conformación del cuerpo y composición. Fisiológica del envejecimiento. 2012 Abril.

20. ABMRG. S. Exploración del estado nutricional. 3rd. Bueno, editor Madrid: España; 2012. Disponible en: BELMONT:file///C:/Users/20.YAKY/Downlads/Informe_Belmon%20(1).pdf

21. Kozier B. Fundamentos de enfermería. 8ª ed. Madrid: Marta Caicoya: 2010

22. Perfil socioeconómico del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí. Disponible en : http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/03/lrac.htm

23. Mazza, G. Estado Civil, 2012. Disponible en : https://gmazzamaio.files.wordpress.com/2012/02/estado-civil.pdf

24. Castillo, J. Estado Civil. junio 9, 2010. Disponible en : https://derecho2008.wordpress.com/2010/06/09/estado-civil/

25. Blogs: Concepto Jurídico, 2011. Disponible en http://definicionlegal.blogspot.pe/2011/06/estado-civil.html

26. http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf

27. Pisa, H. Psicogeriatría: Soledad, depresión y aislamiento, 16 mayo 2011. Disponible en: http://www.psicogeriatria.net/2011/05/16/soledaddepresi%C3%B3n-y-aislamiento/

28. Ramos, M. Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza. Disponible en : http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Personas-Adultas-Mayores.pdf

29. MINSA. Ministerio de salud. Perú; 2016

30. Aguilar, R. Félix, A. Martínez, M. y Vega, M. Caracterización del binomio adulto mayor- familiar de convivencia. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2009; Vol (6). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu094c.pdf

31. Carmona, S. El apoyo y la convivencia como predictores de bienestar en la vejez. Revista Kairós Gerontología. Marzo 2011; 14(41). Disponible en: http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/6925/5017&a=bi&pagenumber=1&w=100

32. Olivera, J. y Clausen J. Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. Economía Vol 37, semestre enero- junio 2014. Disponible en: file:///C:/Users/Paola01/Downloads/olivera_clausen_2014_las_caracter%C3%ADsticas_del_adult.pdf

33. Alpizar, I. Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. Revista de la
Facultad de Ciencias Sociales. Vol 31, N°. 42 (15-26), Enero- Junio, 2011. Disponible en: file:///C:/Users/Paola01/Downloads/Dialnet-JubilacionYCalidadDeVidaEnLaEdadAdultaMayor-4792283.pdf

34. Navarro, Y. Castro, M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Chile- Junio 2010. Disponible en : http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf

35. Hartman, G. Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez en el municipio Santiago De Cuba en el año 2011. Disponible en : http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/ghr.html

36. Huenchuan, S. Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas, Chile. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/huenchuan_guzman.pdf

37. Hernández. Metodología de la investigación científica. (5ta ed). México: McGraw-Hill interamericana Edit, S.A. ;2012.

38. Gutiérrez. Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso Hospitalario; 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112007000800009

39. Vellas, B. Villars, H. Abellan, G. Overview of the MNA- Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.

40. Albala, C. Bunout, D. y Carraco,F."Evaluación del estado nutricional en el anciano." En Castillo CL, Uauy RD y Atalah ES. Guías de Alimentación para el Adulto Mayor. Publicado por el Ministerio de Salud de Chile,pp. 2010.

41. Donald A. Desnutrición; 2012. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000404.htm

42. F.A.O. Food and Agriculture Organization. Seguridad Alimentaria y Nutricional; 2004. Disponible en: ftp://ftp.fao.org/TC/TCA/ESP/PESA/conceptosSAN.pdf

43. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad es una epidemia a nivel mundial; 2016. Disponible en : http://www.docsalud.com/articulo/203/omsasegura-que-la-obesidad-ya-esepidemia-a-nivel-mundial

44. Campos I. Revista Médica del hospital general de México; 2012. Disponible en: http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-medica-hospital-general-mexico-325/factores-riesgo-cardiovascular-asociados-obesidad-descontrol-glucemico-90123154-articulos-originales-2012

45. Becerro. Sobrepeso y Obesidad. Problemas y Soluciones: 2001 Disponible en : http://femede.es/documentos/Sobrepeso_obesidad_151_82.PDF

46. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA) Review of the literatura- What does it tekk us? J Nurt Health Aging 2006; 10:466-487. Sociéte des Produits Nestlé, 1994, Revisión 2009. N67200 12/9910M For more information: www.mna-elderly.com/forms/MNA_spanish.pdf

47. Morley. Observación Clínica; 2008.

48. Organización Mundial de la Salud (OMS). 1*0 datos sobre el envejecimiento de la población*. [Online]; 2016. Disponible en: http://www.who.int/ageing/about/facts/es/

49. Silva L. *Adulto mayor: ¿qué retos plantea el aumento de la vejez,* 17 de junio del 2015. Disponible en : http://elcomercio.pe/lima/ciudad/adulto-mayor-queretos-plantea-aumento-vejez-noticia-1826590

50. Ministerio de Salud; *Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta;* Lima, 2012. Disponible en : http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto.pdf

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD ESCUELA
DE ENFERMERÍA

ANEXO N°01

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Uso de la información obtenida:
Deseamos conservar sus muestras almacenadas por 10 años. Estas muestras serán usadas para evaluar algunas pruebas diagnósticas. También usaremos esto para diagnosticar otras enfermedades. Estas muestras solo serán identificadas con códigos. Si usted no desea que sus muestras permanezcan almacenadas ni utilizadas posteriormente, usted puede seguir participando del estudio.

Autorizo a tener mis muestras almacenadas:

☐ SI ☐ NO

Además la información de los resultados obtenidos será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de los factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste a l centro de Salud José Quiñones Gonzales- Chiclayo 2016, se contara con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, cada vez que se requiera el uso de las muestras y estas no serán usadas en estudios genéticos.

Derechos del paciente:
Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en alguna parte del estudio sin perjuicio alguno.

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con los investigadores, Novoa Sandoval Paola del Milagro y Seclen Falen Fiorella del Pilar; a los teléfonos: #968065833 ó #981962786. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos peticos del estudio o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud- Universidad Señor de Sipán, teléfono 074-481610 anexo 6203.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

ANEXO 2

CUESTIONARIO:" FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD JOSÉ QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2016

Este cuestionario es anónimo y personal tiene el propósito de obtener información acerca de su estilo de vida en general, en su área sicosocial en esta etapa de su vida, identificando los factores que influyen en su estado nutricional.

A. DATOS GENERALES:

1. ¿Cuántos años tiene? …… Sexo M ☐ F ☐
2. Hasta que año estudio:

   No estudió: ( ) Primaria incompleta: ( ) Primaria completa: ( )
   Secundaria incompleta ( ) Secundaria completa ( )

3. ¿Cuál es su estado civil actual?
   Soltero: ( ) Casado: ( ) Viudo: ( )
   Divorciado/a ( )
   Conviviente: ( ) Separado/a: ( )

4. ¿Cuál es su ocupación laboral?
   No trabaja: ( ) Trabajo independiente: ( ) Trabajo dependiente: ()

Jubilado/ a: ( )

5. ¿Cuál es su ingreso económico familiar (diario o mensual)?

Menor de 500 ()

Entre 500 y 1000()

6. ¿Con quién vive Usted?

Sólo: ( ) Con su esposa: ( ) Hijo: ( ) Hermanos: ( )

Nietos: ( ) Otras personas (especificar): …….

7. ¿Sufre alguna molestia/as o enfermedad/es? ¿Ingiere fármacos?

Si ()

No()

HÁBITOS NUTRICIONALES:

AFIRMACIONES	**SI**	**NO**	**FRECUENCIA**
1. ¿Come menos de dos comidas al día?			
2. ¿Consume alimentos muy dulces o golosinas como: caramelos, gaseosas?			
3. ¿Consume comidas saladas?			
4. ¿Su dieta incluye algunos de los siguientes alimentos: salchicha, mantequilla, fritura, carne de cerdo, etc?			
5. Consume frutas y verduras?			
N° DE RESPUESTA EN CADA COLUMNA			

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

"GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS"

OBJETIVO:
Este formato recoge información sobre los datos que revelan el estado nutricional del adulto que asiste al centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016

I) Datos Generales

Edad: _____ Sexo: _____

II) Datos específicos:

Peso:_____ Talla: _____

IMC: _____

Delgadez 16 a < 18.5 ☐

Normal 18.5 a < 25 ☐

Sobrepeso 25 a < 30 ☐

Obesidad 30 a ≥ 40 ☐

Medición del perímetro abdominal: _____

Bajo ☐

Alto ☐

Muy Alto ☐

Contextura:

Delgadez Extrema ☐ Delgado ☐

Normal ☐ Robusto ☐ Obeso ☐

Anexo Nº 03

DECLARACIÓN JURADA

☐ Proyecto
☐ Desarrollo de Tesis

Yo ……, con DNI N° ……..., y con DNI N° ……, con Código N° …….., estudiantes de la modalidad de …… del ciclo ……. de la Escuela de …… y la Facultad de ……. de la Universidad Señor de Sipán. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor o autores del proyecto e informe de investigación titulada:

……
……
……
……..
la misma que se presentó para optar por
…….
2. Que, el título de investigación es auténtico y original.
3. Que, el proyecto e informe de investigación presentado no ha sido plagiada ni de forma total o parcialmente.
4. He respetado las normas de citas y referencias para las fuentes consultadas.
5. Que, el proyecto e informe de investigación presentada no atenta contra los derechos de autor.
6. Los datos presentados en los resultados reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

7. El proyecto e informe de investigación no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

Asumo frente UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN cualquier responsabilidad y cargas económicas que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis. En consecuencia, me hago responsable frente a la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar ya sea por fraude, plagio, autoplagio, piratería o falsificación, asumiendo las consecuencias, sanciones reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis. Bajo el sometiéndome a la normatividad vigente de la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN.

Nombre y Apellidos
DNI N°

Nombre y Apellidos
DNI N°

FICHA TÉCNICA

1. Titulo :

Factores Socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Centro de Salud "José Quiñones Gonzales" – Chiclayo 2016

2. Autores :

Br. Novoa Sandoval Paola del Milagro
Br. Seclén Falen Fiorella del Pilar **3.**

Procedencia :

Provincia de Chiclayo

4. Administración :

Individual

5. Duración :

15 minutos

6. Aplicación :

Centro de Salud "José Quiñones Gonzales" – Chiclayo **7. Significación :**

Manejo de Información de Contenido **8.**

Administración y Calificación:

Se administró utilizando los siguientes materiales:

- Hoja de Respuesta
- Lápiz o lapicero

9. Consigna

El presente test que forma parte del trabajo de investigación, consta de 12 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.

10. Baremación **:** Autoras

11. Análisis de fiabilidad

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	*Válidos*	*40*	*100,0*
	Excluidos	*0*	*,0*
	Total	*40*	*100,0*

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,800	*12*

Se diseñó un cuestionario de 12 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach. Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left(1-\frac{\sum V_i}{V_t}\right)$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach K

= Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,800; indicando que es altamente confiable