



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**CONDICIÓN NUTRICIONAL Y SOCIOFAMILIAR DEL
GERONTO QUE ACUDE AL PROGRAMA DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD TORIBIA
CASTRO DE LAMBAYEQUE. 2016**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autor (es):

Bach. Enf. Bernal Santamaria Katherine Lizeth

Bach. Enf. Espinoza Córdova Ana Paula

Asesor:

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen

Línea de Investigación:

Cuidar/ cuidado de enfermería

Pimentel – Perú

2017

**CONDICIÓN NUTRICIONAL Y SOCIOFAMILIAR DEL GERONTO QUE ACUDE
AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD TORIBIA
CASTRO DE LAMBAYEQUE. 2016**

Aprobación de la tesis

**Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen
Asesora**

**Mg. Soto Linares Walter Cesar
Presidente de Jurado de tesis**

**Lic. Benavides Fernández Janeth Marisol
Secretaria del Jurado de tesis**

**Mg. Avalos Hubeck Janet
Vocal del Jurado de tesis**

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con mucho amor a mi hijo Rogger Alberto quien ha sido mi motivación y me da la fuerza necesaria para salir adelante, a mi tía María que siempre confió en mí y me impulsó a seguir adelante a pesar de todos los obstáculos, a mi madre Irma por sus consejos, principios y valores, a mi hermana Claudia por estar a mi lado apoyándome en todo momento.

Ana Paula

Esta tesis va dedicada a mi padre Segundo que gracias a su esfuerzo, apoyo y confianza en mí, me ayudo a culminar mi meta, a mi abuelo Lorenzo por el cariño y experiencia dándome la fuerza necesaria para lograr mis objetivos, a mi madre Esperanza quien con sus consejos y amor me ayudo a no rendirme y seguir adelante, a mis hermanos Isabel y Alonso por su apoyo incondicional en cada momento.

Katherine

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios por habernos guiado por el buen camino a lo largo de nuestra carrera universitaria, por ser nuestra fortaleza en todos los momentos de debilidad.

A nuestros padres y familia que con amor y esfuerzo lograron sacarnos adelante ofreciéndonos una carrera profesional.

A nuestros profesores y asesora metodológica Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen que nos brindaron su tiempo, apoyo y conocimientos.

Al Mg. Walter Cesar Soto Linares y a la Lic. Marisol Benavides Fernández por la orientación y el incentivo constante en la realización de la presente investigación. A la Mg. Janet Avalos Hubeck, asesora especialista, por su amistad, por su colaboración y brindarnos las facilidades para la realización y culminación de este trabajo.

Y a nuestros amigos que estuvieron en todo momento y nos brindaron su amistad.

Las autoras

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	10
1.1 Situación Problemática	10
1.2 Formulación del Problema.....	14
1.3 Delimitación de la Investigación	14
1.4 Justificación e Importancia de la Investigación	14
1.5 Limitaciones de la Investigación.....	15
1.6 Objetivos de la Investigación	15
1.6.1 Objetivo General.....	16
1.6.2 Objetivos Específicos	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes de Estudio.....	17
2.2. Base Teórica Científicas	21
2.3. Definición de términos básicos.....	34
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	35
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación	36
Tipo	36
Diseño	36
3.2. Población y Muestra.....	37
Población.....	37
Muestra	37
Muestreo	37
3.3. Variables.....	38
3.4. Operacionalización	39
3.5. Abordaje metodológico, técnicas e Instrumentos de recolección de datos	44
3.5.1 Abordaje Metodológico.....	44
3.5.2 Técnicas de recolección de datos.....	44
3.5.3 Instrumentos de recolección de datos	44
3.6. Procedimientos para la recolección de datos.....	45
3.7. Análisis Estadísticos e Interpretación de los datos.....	45
3.8. Principios éticos.....	45
3.9. Criterios de Rigor Científico	46
CAPÍTULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	48
4.1 Resultados en tablas y gráficos.....	48
4.2 Discusión de resultados.....	52
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1 Conclusiones	57
5.2 Recomendaciones.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
ANEXO	66

RESUMEN

Hoy en día, las perspectivas de envejecimiento de las personas plantean desafíos sociales, económicos y humanitarios ante los cuales no estamos preparados, y para enfrentarlos es necesario, conocer las características de los factores determinantes que influyen en el proceso salud enfermedad del geronto entre los que encontramos al estado nutricional y sociofamiliar. Objetivo: determinar la condición nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque 2016. Metodología: cuantitativo, descriptivo simple; con una muestra de 40 gerontos, obtenidos por muestreo no probabilístico cumpliendo con criterios de inclusión /exclusión. Los instrumentos utilizados fueron el Mini Nutritional Assessment (MNA) y La escala de Valoración Socio-familiar de Gijón. Resultados: el 55% de los gerontos presenta riesgo de malnutrición; el 58% riesgo social, y como características resaltantes se encuentra que: 65% vive con familia, sin conflicto familiar; 85% depende de la familia, 70% toma más de tres medicamentos al día, el 65% comen dos comidas completas al día, 62.5% presentan enfermedad aguda o de estrés psicológica, 70% tiene un IMC \geq 23 (obeso), 67.5% mantienen una relación social con la comunidad, 37.5% tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social, 35% recibe un ingreso irregular (menos del mínimo vital), 50% viven en vivienda semi construida. Concluyendo que la mayoría de los gerontos presentan un riesgo de malnutrición por exceso y riesgo socio familiar que son factores determinantes en la aparición de problemas de salud, afectando su calidad de vida.

Palabras claves: Condición nutricional, condición sociofamiliar, geronto.

ABSTRACT

Nowadays, the prospects of aging of people pose social challenges, social and economic before which we are not prepared, and to face them it is necessary, to know the characteristics of the determinants that influence the health process geronto disease among which we find the nutritional and sociofamiliar state. **Objective:** Determine the nutritional condition social and family of gerontological who came to the Senior Adult Program Toribia Health Center Castro – Lambayeque 2016. **Methodology:** quantitative, simple descriptive; with a sample of 40 gerontos, obtained by non-probability sampling fulfilling criteria for inclusion / exclusion. The instruments used were the Mini Nutritional Assessment (MNA) and Gijón Social-Familiar Scale. **Results:** that 55 % of gerontos presented risk of malnutrition, 58% of social risk, although 65% live with family, without family conflict; 85 % depends on the family, 70% take more than 3 drugs, 65% eat two full meals a day, 62.5% have acute illness or psychological stress, 70% a $IMC \geq 23$, 67.5 % maintain social relationships with the community, 37.5 % have insurance, but it needs more support from this or social volunteering, 35% received an irregular income (less than subsistence minimum), 50 % live in semi built or rustic housing material. Concluding that most gerontos present a risk of malnutrition and risk sociofamiliar which are determining factors in the appearance of health problems, affecting their quality of life.

Keywords: nutritional status, social- family condition, gerontos.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la población mundial crece a una tasa del 1.7% anual, los adultos mayores se incrementan en el orden del 2.5%, originando que el ápice de la pirámide poblacional se esté ensanchando¹, lo que significa que en algunos años los países tendrán que enfrentar la problemática que acompaña a la población adulta mayor, hecho para lo cual no están preparados; por lo que es de vital importancia conocer los factores que determinan la salud de este grupo etéreo para poder plantear estrategias que mejoren la condición de salud y calidad de vida de esta población.

Para lograr este fin, debemos tener presente que las condiciones de salud que determinan esta calidad de vida son muy variadas, reconociéndose entre la más importantes el estado sociofamiliar y el estado nutricional por ser características cuya alteración influyen en el proceso salud enfermedad del geronto. Considerando lo antes expuesto es que planteamos como pregunta de investigación ¿Cuál es la condición nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque. 2016?, consientes que sólo al conocer descriptivamente el problema podremos conceptualizarlo y proponer alternativas de solución.

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la condición nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque. 2016, justificando la importancia y relevancia de su realización, en el hecho, de que Enfermería como profesión, es la poseedora del conocimiento especializado sobre el cuidado, por el contacto directo y cercanía con la persona; así como por su notable presencia en el primer nivel de atención, convirtiéndose en principal agente dentro del equipo interdisciplinario encargada de motivar a las personas de los diferentes grupos etarios, entre ellos adultos mayores, a mantener su salud mediante la promoción de la salud, y prevención de la enfermedad, para lo cual necesita conocer las características de los factores que influyen en la problemática que enfrenta el geronto, y así poder plantear estrategias de intervención y lograr fomentar la independencia en el geronto

para satisfacer sus necesidades básicas

En cuanto al contenido de la presente investigación se divide en cinco capítulos los cuales se detallan a continuación:

En el primer capítulo abarca el problema de la investigación, donde está la situación problemática, la formulación del problema, delimitación de la investigación, justificación e importancia la investigación, limitaciones de la investigación y los objetivos.

En el segundo capítulo comprende todo lo que es marco teórico en el cual se da a conocer los antecedentes de estudios, el estado de arte, las bases teóricas científicas y la definición de la terminología.

En el tercer capítulo contiene el marco metodológico, es decir la metodología a ser utilizada seguido por el tipo y diseño de investigación, población y muestra, hipótesis, operacionalización, métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, además está la discusión de resultados.

El cuarto capítulo contiene el análisis e interpretación de los resultados, donde se observa los resultados estadísticos en tablas y gráficos obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos además está la discusión.

El quinto capítulo contiene las conclusiones de la investigación y las recomendaciones en base a las conclusiones.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Situación Problemática.

En los últimos 30 años, en los países latinoamericanos, la esperanza de vida al nacer se incrementó en 22 años. Al mismo tiempo, las tasas de fertilidad han decrecido y, por lo tanto, también el número de nacimientos, con un crecimiento de la mitad del correspondiente a los años cincuenta del siglo pasado. Se espera que para el año 2050 el grupo infantil disminuirá al 21% y el de 65 y más se incrementará notablemente a 15.6%. Esto debido a una marcada disminución en las tasas de fertilidad y a un incremento en la esperanza de vida. Por lo tanto, su efecto sinérgico está originando un incremento en la población adulta mayor de los países latinoamericanos².

Muestra de este incremento, encontramos a nivel nacional dos millones 700 mil peruanos en la etapa adulto mayor, lo que representa el 9% de la población total; y se ha estimado que para el 2021, dicho grupo poblacional será de tres millones 727 mil habitantes representando el 11.2% de la población total. En el año 2012 el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI), precisó que la población de mujeres de 60 y más años de edad ascendió a un millón 986 mil 709 personas; en tanto que la población masculina de este grupo etario fue de un millón 845 mil 565 personas, resultando que cada año los adultos mayores aumentan en 3.3%, mientras, la población total se incrementa a un ritmo de 1.1%; creciendo la población de 80 y más años de edad en 5% a diferencia de aquellos comprendidos entre 75 ya 79 años que aumentan en 3.8%³.

Así mismo encontramos que en el 2011 en nuestro país 61.4% de los adultos mayores fueron jefe (a) de hogar y en el área rural las personas adultas mayores representaron un 13.4%, un porcentaje mayor que en el área urbana con 12.2%. En Lima Metropolitana el 13.2% de la población fueron adultos mayores. Los departamentos con mayor cantidad de población adulta mayor en el país fueron: Arequipa (9.85%), Moquegua (9.75%) y Lima (9.68%), mientras que los departamentos con menor proporción de personas adultas mayores son: San Martín (5.95%), Loreto (5.63%) y Madre de Dios (4.2%)⁴.

Sin embargo estas estadísticas se traducen en nuestro entorno en problemas de salud que enfrenta el geronto, los cuales están asociada al envejecimiento, encontrando como característica, pérdida de habilidades y cambios en el individuo en sus diferentes dimensiones (biológicos, psicológicos y sociales) algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis, atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias entre otros; situaciones que suelen estar ligadas a los problemas nutricionales⁵.

Los adultos mayores son un grupo de población muy vulnerable desde el punto de vista nutricional teniendo en cuenta los cambios físicos propios de esta edad donde pueden experimentar: apetito disminuido, debido a que varios alimentos se hacen menos atractivos en su aroma y sabor; dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire de los pulmones que provocan además que la energía disminuya y por ende descienda la actividad física; y la disminución a la resistencia de enfermedades apareciendo las patologías crónicas degenerativas como la diabetes e hipertensión, entre otros que suelen estar ligados con frecuencia a problemas de malnutrición, tanto por exceso (obesidad) como por deficiencias específicas de nutrientes (desnutrición proteico calórica, etc), o también situaciones de riesgo nutricional a causa de la polimedicación por la interacción fármaco – nutriente⁶.

Problemática que se evidencia en los resultados mostrados por el Ministerio de Salud (MINSA), al establecer que aproximadamente, la cuarta parte de los adultos mayores tuvieron delgadez (24,8%), alrededor del 33% presentó exceso de peso (sobrepeso u obesidad). Asimismo se observó que el exceso de peso fue mayor en el área urbana que en el rural; en la zona urbana 4 de cada 10 adultos mayores tuvieron exceso de peso (45,0%). Esta situación fue diferente en el área rural donde el exceso de peso llegó al 14,4%, desagregado en sobrepeso 10,7% y obesidad 3,7%. Estas cifras señalaron que los mayores problemas de déficit ponderal se situaron en zonas rurales y los excesos en las zonas urbanas⁷.

En relación a los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios; en el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos⁸.

Así mismo la red social del individuo puede decirse que está ligada a la productividad o a la capacidad de contribuir dentro de un grupo tanto a nivel laboral como familiar. En este sentido el envejecimiento no tiene por qué suponer una desvinculación o un cese en la actividad social sino una adaptación a las nuevas circunstancias. Realizar nuevas actividades sociales y de ocio permitirá a la persona anciana mantenerse activa y prevenir problemas de soledad y aislamiento⁸, sin embargo los trabajos científicos en el área social en nuestro país muestran que a nivel nacional el 23.25% de gerontos, se hallaba en una situación de problema social, mientras que el 49.5% se hallaba en una situación de riesgo social⁹.

Como problemática en la salud nutricional del adulto mayor en la Región Lambayeque, el Ministerio de Salud en el 2013, presenta los siguientes datos: 21.3% se encuentra en estado de delgadez, 37.6% normal, 27% en sobre peso, y un 14.2% en obesidad. Así mismo refiere que Entre las personas de 60 años a más, el adelgazamiento está presente en 1 de cada 5 adultos mayores. Mientras que el problema de exceso de peso, se encuentra en 4 de cada 10 personas; magnitud superior al promedio nacional¹⁰.

En relación a las características sociofamiliares que presenta el adulto mayor de la Región Lambayeque, el INEI presenta los siguientes datos obtenidos en el 2012: 23.9% son viudos (a), 63.9% está afiliado, 39.4% tiene Essalud, 22.4% SIS, 2.1% otros seguros, y 36.1% no está afiliado. Según el tipo de hogar se evidencia que el 33.3% tiene un hogar nuclear, 44.9% vive en familia extendida, 1.1% vive en

un hogar compuesto; el 13.3% de los adultos mayores viven solos con su pareja, y el 7.5 % viven solos¹¹.

En este caso en la Provincia de Lambayeque, se encuentra el Centro de Salud Toribia Castro Chirinos, en este establecimiento evidenciamos que cuenta con el área de tópico, medicinal general, odontología, farmacia, nutrición, obstetricia, psicología y enfermería; dentro de ellas cuenta con atención de partos, estrategia nacional de prevención de tuberculosis y un programa para el adulto mayor. Observamos que en el Programa del Adulto mayor cuenta con un registro de 40 gerontos. A la entrevista con la encargada del programa nos manifiesta que se reúnen una vez por semana y que usualmente no llegan todos.

Es entonces que decidimos trabajar con el Programa del Adulto mayor, para investigar la problemática de este, por ello coordinamos con la encargada el día y la hora que se reúnen los gerontos, para emplear nuestros instrumentos y recolectar los datos necesarios. Presenciamos que algunos de los adultos mayores llegan solos, otros con su cónyuge o acompañados de algún familiar, observamos también que aparentemente se encuentran delgados y subidos de peso. A la entrevista con los gerontos nos manifiestan que presentan problemas crónicos como hipertensión, diabetes, artrosis, entre otros; y que toman medicamentos; nos refieren también que usualmente no tienen una dieta estructurada debido a que viven solos o con algún familiar, y no saben que comidas son necesarios para ellos(as), otros no cuentan con recursos económicos para alimentarse adecuadamente. Así mismo refirieron sentirse muchas veces marginados debido a que la sociedad los consideran personas con múltiples problemas de salud, se sienten desprotegidos y muy tristes ya que permanecen solos, y no cuentan con la mayor atención.

Sin embargo como estudiantes dentro de nuestras prácticas con el adulto mayor hemos observado que la posible causa de esta problemática sería su estado nutricional en la cual podemos brindar un estilo de vida saludable; a la vez sensibilizar a la sociedad y a la familia que el geronto es una pieza importante para lograr un envejecimiento satisfactorio. Por esta razón nos planteamos el siguiente problema de investigación.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la condición nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque 2016?

1.3 Delimitación de la Investigación.

Esta investigación se realizó en la ciudad de Lambayeque en el Centro de Salud Toribia Castro, en este estudio participaron 40 gerontos inscritos en el Programa del adulto mayor en el mes de enero del 2016, haciendo uso de los criterios de inclusión y exclusión.

1.4 Justificación e Importancia de la Investigación.

A nivel mundial el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras.

Con frecuencia las personas mayores son frágiles o dependientes, por sus característica degenerativas propias de la edad, que implica que la familia y entorno se preocupe en el cuidado de su salud, abordando los aspectos nutricionales que muchas veces los conducen a complicar las enfermedades crónicas degenerativas propias del envejecimiento como la diabetes , hipertensión, osteoartritis entre otros, sin embargo se observa que los integrantes más jóvenes de las familias poco o casi nada se involucran en el cuidado del geronto, haciendo que éste se sienta como una persona poco importante para ellos y la sociedad, cuya repercusión se refleja en su condición nutricional, autopercepción y autoestima.

Hecho que puede conllevar a vulnerar la condición humana del geronto, colocándolo en situaciones de riesgo tanto a nivel fisiológico, psicológico y social, evitando que permanezca en un buen estado de salud, que siga participando activamente en la familia, la comunidad y la sociedad, disminuyendo así las posibilidades de alcanzar una adecuada calidad de vida.

Lo antes expuesto justificó la importancia y relevancia de este estudio, teniendo en cuenta que al ser una investigación descriptiva sus resultados permitieron nos solo obtener información sobre su condición nutricional o riesgo social que enfrenta el adulto mayor, sino que además reflejaron las características más relevantes de esta condición, beneficiando al equipo multidisciplinario y en especial al profesional de enfermería del Centro de Salud Toribia Castro, ya que podrán asumir estos resultados para dar un mayor sustento a la gestión del cuidado y actividades preventivo promocionales dirigida al geronto.

Los beneficios que trae esta investigación a la población del adulto mayor y familia se centraron en que podrán reconocer sus necesidades y solicitar el asesoramiento del profesional de salud a cargo de su cuidado, para gozar de una mejor calidad de vida.

La universidad también se benefició al demostrar la competencia en investigación obtenidas por sus estudiantes, quienes con este estudio están contribuyendo en generar conocimientos relativos a la condición nutricional y socio familiar del adulto mayor, aportando a la consolidación de las bases para futuras investigaciones.

1.5 Limitaciones de la Investigación.

La limitación que hemos tenido en nuestra investigación fue que todos los gerontos inscritos en el programa del adulto mayor del Centro de Salud Toribia Castro, no asistieron a la cita programada por tal motivo recurrimos a la visita domiciliaria con el fin de completar todos los datos requeridos.

1.6 Objetivos de la Investigación

1.6.1 Objetivo General.

Determinar la condición nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque. 2016

1.6.2 Objetivos Específicos

Identificar el estado nutricional del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque 2016.

Identificar la condición sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque 2016.

Describir las características más resaltantes encontradas en la aplicación de la Escala de Mini Nutritional Assessment y la Valoración Sociofamiliar de Gijón.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Estudio.

Vázquez S¹² 2012 en Monterrey – México en su tesis llamada: “Estado nutricional y síntomas depresivos en el adulto mayor”. Los objetivos del estudio fueron describir el estado nutricional en el adulto mayor e identificar la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. El estudio fue descriptivo correlacional y el muestreo fue aleatorio sistemático. El tamaño de la muestra fue de 135 participantes. Resultados: El 77.8% perteneció al género femenino, el promedio de edad fue de 76 años, el 43.7% señaló tener pareja y el 75.6 % se dedicaba al hogar. El puntaje promedio del MNA fue de 23.49, donde el 37.8% de los adultos mayores se ubicó en riesgo de malnutrición. Los adultos mayores que presentaron menor cantidad de enfermedades así como los que consumían menor número de medicamentos presentaron mejor estado nutricional. Se concluye que presentar riesgo de malnutrición aumenta seis veces el riesgo de presentar síntomas depresivos en el adulto mayor, y que factores como la presencia de enfermedades y el consumo de medicamentos guardan relación con la presencia de síntomas depresivos.

Villarreal G, Month E¹³ 2011 Colombia con su investigación: “Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo 2011-2012” cuyo objetivo fue determinar las condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo. El estudio fue descriptivo, correlacional, de corte transversal con una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios que conforman las comunas 9 y 6 de la ciudad de Sincelejo, se empleó una encuesta donde se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Se emplearon la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la Escala Minimental para la evaluación cognitiva. Los resultados fueron: El 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres. Se llegó a una conclusión: Los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad,

y presentan una elevada comorbilidad.

González J¹⁴ 2011, Bogotá realizaron una investigación llamada “Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca romana”, cuyo objetivo general fue establecer la clasificación nutricional de 90 adultos mayores pertenecientes al Plan “Nueva Sonrisa” del Dispensario Santa Francisca Romana mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment, el estudio fue de tipo descriptivo transversal tuvo una muestra de 80 adultos mayores. 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. Los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados 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 .Finalmente la concordancia de las respuestas entre los adultos mayores y sus familiares fue favorable arrojando como resultado una fuerza de concordancia del 66% entre muy bueno y bueno.

Noriega J¹⁵ 2010, Guatemala se llevó a cabo la Tesis titulada: “Factores determinantes del estado nutricional deficitario del adulto mayor institucionalizado”, se trazó como objetivo principal analizar los factores de riesgo que inciden en el estado nutricional de los adultos mayores. El estudio fue transversal, donde la muestra fue de 95 individuos de 60 años, en la cual los resultados fueron los siguientes: La prevalencia de desnutrición es de 10.5% y en riesgo de desnutrición de 56.8% en el adulto mayor institucionalizado. En la cual se concluyó que el riesgo socioeconómico es un factor de riesgo en la desnutrición del adulto mayor institucionalizado estudiado, debiendo evaluarse de forma intencionada junto a la información de salud y antropometría tradicional.

Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández Y¹⁶ 2005, Venezuela en su tesis titulada: “Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos”. Con el objetivo de evaluar el estado nutricional de adultos mayores institucionalizados en distintos Centros Geriátricos en el Área Metropolitana de Caracas, se evaluaron 126 voluntarios entre 60 y 96 años (70

mujeres y 56 hombres), a quienes se les aplicó el Mini Nutritional Assessment (MNA). El instrumento identificó riesgo nutricional en 48,4% de los sujetos, con malnutrición 5,6% y 46,0% sin problemas nutricionales; las mujeres presentaron las mayores prevalencias de malnutrición y riesgo, mientras que los hombres un estado nutricional adecuado. Un bajo consumo de líquidos por día, un IMC inferior o igual a 23 kg/m² y un limitado desempeño físico fueron los elementos que se observaron con mayor frecuencia en los adultos mayores evaluados. En conclusión, la alta prevalencia de riesgo de malnutrición en este grupo poblacional, indica la necesidad de incluir dentro de la valoración geriátrica integral, un instrumento de evaluación del estado nutricional, rápido, sencillo y no invasivo.

Román R, Quiroz L¹⁷ 2012 – 2013, Lima llevaron a cabo la Tesis denominada “Situación sociofamiliar y valoración funcional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud en Magdalena, 2012-2013”, cuyo objetivo general fue determinar la relación entre la situación sociofamiliar y la valoración funcional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Magdalena, 2012 – 2013. El estudio es una investigación cuantitativa, retrospectiva y correlacional, fue aplicada a 136 adultos mayores atendidos en el Centro de salud Magdalena, entre los años 2012 (65 adultos mayores) y 2013 (71 adultos mayores). Por el cual los resultados se pueden apreciar que el 36 % se encuentran en riesgo social y 53,7 % presentan problema social, en donde se puede identificar que 93 (68,4 %) son independientes y 43 (31,6 %) son dependientes parciales. No se encontraron adultos mayores en dependencia total. El 68,38 % de los adultos mayores son independientes; que el 36,03 % está en riesgo social, y que, dentro de este último porcentaje, el 29,41 % es independiente; muestra también que el 18,38 % es dependiente con riesgo social. Asimismo, debe decirse que las diferencias encontradas fueron significativas. Llegaron a la conclusión: La mayoría de adultos mayores atendidos en el centro de salud Magdalena presentan una situación sociofamiliar de riesgo social y problema social; presentan además limitaciones en la comunicación familiar y social, que repercuten negativamente en su calidad de vida.

Ruiz L, Campos M, Peña N¹⁸ 2006, Lima – Callao en su investigación: “Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del Adulto Mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao

2006” cuyo objetivos: Determinar la situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la dirección de Salud del Callao. El estudio fue transversal, realizado con 301 adultos mayores, a quienes se evaluó con un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor. Un 79,4% de adultos mayores es independiente, 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tiene problema social. La mayoría (66,1%) carece de un seguro de salud. Las mujeres tuvieron una peor situación sociofamiliar ($p<0,05$) y la valoración funcional y clínica se deterioró con la edad ($p<0,05$). La mayoría (71,4%) vive con familiares y sin conflicto familiar; sin embargo 3,1% se encuentran en situación de abandono familiar, 38,5% no recibe pensión ni otros ingresos y 46,2% no cuenta con seguro social. Tuvo como conclusión: La mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores.

Manayalle P¹⁹ 2013, Lambayeque en su Tesis “Características del Estado Nutricional de los Adultos Mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque 2013”. Con el objetivo principal fue establecer las características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región de Lambayeque 2013. El estudio fue descriptivo, transversal y prospectivo; se incluyeron 208 personas de 60 años a más pertenecientes a los Centros del Adulto Mayor la cual se aplicó el Mini Nutritional Assessment y una escala socioeconómico adaptado a la población lambayecana. Los resultados fueron que 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% tiene circunferencia de pantorrilla $<31\text{cm}$, pérdida de peso en 37.50%, polimedicación en 36.50%, enfermedad aguda o estrés psicológico en 35.10%, problemas neuropsicológicos en 17.80%, consumo de < 3 comidas diarias en 53.30%, disminución del apetito en 24%, consumo de < 5 vasos de agua en 66.80%. El Nivel Socioeconómico tiene asociación ($p=0.003$) con el estado de nutrición según el MNA.

2.2. Base Teórica Científicas.

Son muchas las teorías que han intentado explicar el proceso de envejecimiento. Según Medvedev, se han publicado cerca de 300 teorías aunque hoy en día, la mayoría sólo tienen un valor histórico. Por ello, el estudio del envejecimiento sigue creciendo y evolucionando y, según los científicos, es complejo y difícil de definir; es un proceso degenerativo y responsable de una pérdida de función y del aumento del riesgo de muerte. Probablemente este proceso no pueda ser explicado por una teoría aislada, sino que se debe a múltiples procesos que se combinan e interactúan a muchos niveles, estando implicadas las proteínas, las células, los tejidos, los órganos y sistemas del cuerpo humano.

Las teorías del envejecimiento se dividen en varios grupos, que incluyen las teorías biológicas, psicológicas y sociales. A continuación pasamos a describir brevemente las principales teorías de cada grupo sin olvidar que, con la biotecnología y los nuevos conocimientos sobre el envejecimiento, las teorías envolventes están cediendo el paso a una perspectiva mucho más diversa²⁰.

Teorías biológicas: Las teorías biológicas del envejecimiento se dividen en dos grupos: las teorías programadas y las teorías del error. Las teorías programadas sostienen que el envejecimiento sigue un reloj biológico representando la continuidad del ciclo vital. Mantienen la hipótesis de que los códigos genéticos del cuerpo humano contienen instrucciones para regular la reproducción y la muerte celular.

Las más conocidas son:

Teoría de la longevidad programada: Postula que el envejecimiento es el resultado de la activación y desactivación secuencial de ciertos genes. Estudia el genoma humano y defiende la ancianidad como el momento en el tiempo en el que se manifiestan las deficiencias funcionales asociadas a la edad.

Teoría endocrina: Defiende que son las hormonas las encargadas de regular y controlar el proceso de envejecimiento. La testosterona, los estrógenos y la hormona del crecimiento serían algunas de las responsables del proceso de senectud.

Teoría inmunológica: Defiende que durante el envejecimiento se produce un declive del sistema inmunitario dando lugar a un aumento de la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y a la muerte.

Las teorías del error: Postulan la hipótesis de que las agresiones ambientales y la necesidad continua del cuerpo de producir energía para mantener las actividades metabólicas dan lugar a la acumulación de subproductos tóxicos, los cuales pueden acabar afectando de forma negativa sobre la reparación celular. Las más conocidas son:

Teoría del desgaste: Las células y los órganos tienen partes vitales que se desgastan con el paso del tiempo. Sus defensores comparan el cuerpo humano como una máquina, controlada por una especie de reloj que controla todos los órganos. Con el paso de los años las funciones celulares se ralentizan volviéndose menos eficientes en las reparaciones disfuncionales producidas por agresiones ambientales.

Teoría del vínculo: Manifiesta que el acumulo de proteínas vinculadas, resultantes de la unión de glucosa con proteínas en presencia de oxígeno, da lugar a varios problemas en el cuerpo humano (visuales como cataratas, arrugas y otros problemas en la piel, etc.).

Teoría de los radicales libres: El daño causado por el acumulo de radicales libres de oxígeno en las células, y finalmente en los órganos, hacen que pierdan su función y la reserva orgánica.

Teoría del daño del ADN somático: Durante el paso del tiempo se producen mutaciones genéticas que se acumulan con la edad haciendo que las células se deterioren y realicen sus funciones inadecuadamente.

Teorías biológicas emergentes: El estudio del genoma humano ha llevado a la creencia de que puede haber muchos genes responsables del envejecimiento. A su vez, estos genes pueden ser activados por ciertas enzimas y/o condiciones ambientales y pueden ser responsables de la influencia de las toxinas, el estrés y el estilo de vida.

Teorías psicológicas: Para que una persona envejezca de forma exitosa, las teorías psicológicas mantienen que deben darse varias estrategias adaptativas. Los desencadenantes de la inadaptación pueden ser los cambios físicos producidos, la jubilación, la muerte del cónyuge o de amigos y el declive de la salud. Las principales teorías psicológicas son:

Teoría individualista de Jung: Parte de la hipótesis de que, cuando una persona envejece, el enfoque se desplaza desde el mundo exterior (extroversión) hacia la experiencia interior (introversión). En esta etapa, la persona buscará respuestas a los enigmas de la vida e intentará encontrar la esencia del “verdadero yo”. Se producirá un envejecimiento con éxito cuando la persona acepta tanto los logros como los fracasos del pasado.

Teoría del desarrollo de Erikson: Según este autor, hay ocho etapas en la vida en cada una de las cuales hay que cumplir unas tareas del desarrollo. La tarea en la persona mayor es conseguir la integridad del ego frente a la desesperanza, en esta etapa es donde la persona mayor empieza a preocuparse por la aceptación de la muerte sin volverse enfermizo ni obsesivo. Pero puede suceder que durante la vida haya habido grandes fracasos y decepciones, entonces la persona puede desesperar y no aceptar la muerte. En estos casos, se sienten desdichadas, deprimidas e insatisfechas por lo vivido y, sobre todo, por lo que no pudieron hacer.

Teorías sociológicas: Tienden a centrarse en los papeles y relaciones sociales a lo largo del final de la vida. Cada una de estas teorías debe contextualizarse en la época en que fueron formuladas. Algunas de ellas son:

Teoría de la liberación: Afirma que el patrón de conducta adecuado es liberarse de la sociedad en una retirada mutua y recíproca, así, cuando se produce la muerte se produce un equilibrio social. La jubilación obligatoria fuerza a la persona a retirarse de la vida laboral, acelerando el proceso de liberación. En algunas culturas la persona mayor no se desvincula de la sociedad, se mantiene activa y ocupada durante toda la vida.

Teoría de la actividad: Sería contraria a la anterior, promueve que las personas mayores deben mantenerse activas y vinculadas socialmente si quieren envejecer con éxito. Asumen que la felicidad y la satisfacción con la vida resultan de un alto

nivel de implicación con el mundo y con el mantenimiento de las relaciones sociales. La jubilación debe convertirse en una etapa activa.

Teoría de la continuidad: Afirma que un envejecimiento con éxito implica continuar con los valores, hábitos, preferencias y lazos familiares y sociales que hayan formado parte de la vida adulta. La vejez se ve como una etapa donde se sigue siendo la misma persona, aunque el ritmo de las actividades debe enlentecerse. Se deben olvidar las actividades de la vida previa que no aportan satisfacción.

Adulto mayor: Las edades de las personas oscilan entre los 60 a 85 años, considerándose a este grupo etéreo de acuerdo a la clasificación de la OPS (1999) como adultos mayores autovalentes porque realizan diversas actividades de la vida cotidiana por sí solos como alimentarse, vestirse, entre otras. Sin embargo, ellos refieren tener desconocimiento o poco conocimiento sobre cómo cuidarse a sí mismos, cómo promover su salud y prevenir enfermedades. Esto debido a que gran mayoría de ellos presentan bajo nivel educativo, escasos recursos económicos y con difícil acceso al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud.

CONDICIÓN NUTRICIONAL DEL GERONTO

La nutrición es un término empleado para referirse a una alimentación saludable basada en una dieta equilibrada. Según la OMS, la nutrición es la ingestión de alimentos considerados en relación con las necesidades dietéticas del cuerpo. Una buena nutrición se consigue con una dieta adecuada, bien equilibrada y combinada con actividad física²¹. Actualmente está bien establecido y es reconocido que un buen estado nutricional es un indicador de salud, capacidad funcional y calidad de vida²².

En los adultos mayores, el estado nutricional es el resultado de una serie de factores que lo condicionan; entre ellos, destacan el nivel nutricional mantenido a lo largo de los años, el proceso fisiológico de envejecimiento, las alteraciones metabólicas y alimentarias, estados de morbilidad (tanto agudos como crónicos), la medicación, el deterioro de la capacidad funcional y la situación psicosocial y económica²³.

Nutrición y envejecimiento: Cambios fisiológicos, funcionales y en la salud relacionados con el envejecimiento influyen sobre las necesidades nutricionales y

la ingesta en el mayor. Respecto a los adultos jóvenes, los sujetos mayores presentan cambios en la composición corporal y cambios fisiológicos que condicionan necesidades nutricionales específicas para este grupo de edad como se verá a continuación. Además, diversas condiciones altamente prevalentes en la población mayor como son la sarcopenia, la osteoporosis, la inmunosenescencia o la fragilidad están íntimamente relacionadas con factores nutricionales. En cuanto a los cambios en la composición corporal, sabemos que se produce un descenso de masa libre de grasa a partir de los 40-50 años de edad, la mayor parte como consecuencia de pérdida de masa muscular, pérdida de densidad mineral ósea y también disminución del contenido de agua²⁴.

La masa muscular pasa de representar el 45% del peso del cuerpo a los 20 años de edad al 27% a los 70 años, aumentando el riesgo de sarcopenia en este grupo de edad. La densidad mineral ósea disminuye con la edad principalmente en las mujeres, un 40% a lo largo de la vida. La mitad de esta cantidad se pierde en los cinco primeros años tras la menopausia, y el resto a partir de los 60 años. Del mismo modo, el contenido de agua, que supone hasta un 70% del peso corporal en un adulto joven, disminuye en los ancianos hasta suponer el 60% del peso. Por el contrario, la masa grasa corporal aumenta del 15% del peso corporal en el adulto hasta el 30% a los 75 años, manteniéndose estable o descendiendo desde entonces; con la edad aumenta la acumulación abdominal de grasa y desciende a nivel apendicular²⁵.

En situaciones de ayuno o desnutrición, mientras en la población joven la mayor parte de la pérdida de peso es consecuencia de una disminución de masa grasa, en los ancianos se acompaña de un descenso significativo de la masa libre de grasa con grave repercusión, por tanto, sobre la capacidad funcional. Estos cambios en la composición corporal suponen pérdida de tejido metabólicamente activo y condicionan un descenso en el gasto metabólico basal (GMB).

Entre los 50 y los 65 años, el sobrepeso y la obesidad son un problema importante de salud pública. Sin embargo, en personas de entre 70 y 80 años los riesgos no están claros. Los datos actuales indican que un sobrepeso moderado en los individuos mayores de 70 años que no presenten enfermedades crónicas es un factor de protección y está asociado con una menor mortalidad²⁶.

El gasto de energía disminuye aproximadamente un 2% por década, consecuencia tanto de un descenso de la actividad física como del GMB. Por eso, debido a la gran heterogeneidad de la población anciana, las necesidades energéticas deberán calcularse teniendo en cuenta el estilo de vida, nivel de actividad física y presencia de patologías agudas intercurrentes que aumenten el GMB²⁷.

Con la edad se producen alteraciones en los mecanismos reguladores de la sed, siendo las personas mayores especialmente susceptibles a sufrir deshidratación. Para asegurar un adecuado balance hídrico la ingesta hídrica (excluyendo la incluida en los alimentos) debe estar en torno a 1,5 litros diarios. Se recomienda una ingesta diaria de 20-35 gramos de fibra, tanto para prevenir el estreñimiento como para mejorar los niveles de glucemia, el colesterol y las grasas. En general, las necesidades de vitaminas y minerales se mantienen respecto a las recomendaciones en el adulto, pudiendo incluso aumentar en determinadas patologías.

Respecto a la ingesta proteica en el mayor de 65 años, en la última década se han ido publicando estudios que sugieren que la dosis diaria recomendada para el adulto (0,8 gr/kg/día) podría ser insuficiente en el anciano como consecuencia de una menor respuesta anabólica y menor aprovechamiento de las proteínas ingeridas, junto con un aumento en las necesidades (enfermedades inflamatorias, mayor actividad oxidativa, mayor catabolismo proteico) y un descenso en la ingesta diaria (hiporexia u otras alteraciones gastrointestinales)²⁷.

Riesgo de malnutrición: Cuando se produce algún tipo de alteración en el estado nutricional óptimo de las personas aparecen las situaciones o los estados de malnutrición y de desnutrición. Los términos de malnutrición y desnutrición se consideran, con mucha frecuencia, sinónimos, siendo utilizados indistintamente en la literatura científica, por ello consideramos necesario definir el significado de ambas palabras. El riesgo de malnutrición se refiere a la alteración nutricional que puede ser transitoria y que se caracteriza no tanto por la ausencia de ingesta de los nutrientes básicos sino por un desequilibrio de las pautas alimenticias tanto por exceso como por defecto²⁸.

El termino desnutrición es más complejo, algunos autores lo identifican con

situaciones donde se produce una desviación del estado nutricional normal, pudiéndose definir tanto cuantitativa como cualitativamente. Desde un punto de vista cuantitativo, la desnutrición se describe como la disminución de uno o más de los parámetros nutricionales por debajo del 75-90% de la media para la población normal. Cualitativamente, se trata de un estado patológico caracterizado por un trastorno en la composición corporal causado por la deprivación, absoluta o relativa, aguda o crónica, de nutrientes esenciales. En los países desarrollados esta desnutrición suele ser secundaria a determinadas enfermedades²⁹. Para la OMS, las personas están desnutridas si no son capaces de aprovechar al máximo los alimentos que consumen. La desnutrición puede ocurrir cuando la dieta no aporta suficientes proteínas y/o energía para satisfacer las necesidades del organismo, cuando existen enfermedades que provocan una desnutrición secundaria y en los casos de sobrealimentación donde preexiste un consumo excesivo de calorías³⁰.

La malnutrición es un proceso patológico complejo, que por sí solo es un factor de morbimortalidad y de mala calidad de vida en las personas que lo padecen. Es muy frecuente en los adultos mayores con consecuencias muy negativas para su salud. Produce alteraciones del estado inmunitario, agravación de procesos infecciosos, complicaciones de las patologías ya sufridas y, en general, un aumento de la morbilidad y mortalidad, convirtiéndose en un problema de salud pública mundial, tanto por su incidencia en países pobres como en países desarrollados³¹.

Malnutrición en la comunidad: Las personas mayores que viven en la comunidad de forma independiente, con un buen estado de salud, presentan buenos resultados en las pruebas que evalúan el estado nutricional, obteniendo cifras relativamente bajas de desnutrición. Pero estas cifras serán diferentes dependiendo de la situación o del grado de dependencia en que se encuentren estas personas, así, en el domicilio nos encontraremos con dos grupos principales de adultos mayores, aquellos que son totalmente independiente para las actividades de la vida diaria y los que tienen algún grado de dependencia y requieren cuidados domiciliarios (personas ancianos frágiles). Estas dos situaciones, junto con otros factores de riesgo nutricional, harán diferir las cifras de prevalencia de malnutrición o riesgo de padecerla en las personas que viven en la comunidad.

Según algunos autores, entre un 1% y un 15% de los ancianos que viven en sus

domicilios de forma independiente pueden presentar malnutrición calórica-proteica, cualquiera que sea el instrumento de valoración usado. En este ámbito, destaca el alto porcentaje hallado en las personas que se encuentran en riesgo de malnutrición que, con una medida del 24%, puede llegar a alcanzar hasta un 76%.

Valoración antropométrica: Las medidas antropométricas son muy útiles para la evaluación del estado nutricional. Son baratas y fáciles obtener, sobre todo, en personas mayores sanas que viven de forma independiente en la comunidad. No obstante, estas medidas por si solas son poco fiables debido a los cambios que atraviesan los mayores durante el proceso de envejecimiento³².

Las medidas más utilizadas para la valoración nutricional son el peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC), los perímetros corporales y los pliegues cutáneos. Para su valoración se deben utilizar instrumentos de medida homologados, de manejo sencillo, preciso y de fácil calibración³².

Índice de masa corporal: El IMC o índice de Quetelet relaciona el peso y la talla de los individuos. Se construye de tal forma que su valor es igual al peso dividido por la talla al cuadrado ($IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$). Por su facilidad de estimación, es un valor altamente utilizado que, al relacionar el peso con la altura³².

Existe un amplio número de estudios que relacionan el IMC con la morbimortalidad en individuos de muy diversa estructura social, distintas áreas geográficas y grupos de edad. A partir de estos datos de morbilidad y mortalidad, se han llegado a establecer puntos de corte que delimitan la normalidad de valores que denotan bajo peso y posible malnutrición por defecto³³.

	CLASIFICACION								
	PESOS (kg)								
	Delgadez			Normal	Sobrepeso	Obesidad			
IMC	III <16	II ≥16	I ≥17	≥18.5	≥25	I ≥30	II ≥35	II ≥40	

La Polimedicación: Son determinados medicamentos, así como el número de medicamentos consumidos a diario, la cual influyen sobre el estado nutricional de las personas mayores y que son un factor de riesgo nutricional³⁴.

Peso: Estudios epidemiológicos han demostrado la relación entre el estado nutricional y la morbimortalidad; esta correlación se ha demostrado utilizando parámetros de valoración nutricional como el peso, la pérdida de peso y el IMC. De entre todos ellos, el que más relevancia tiene en la valoración nutricional es la pérdida de peso. El peso corporal es la medición antropométrica más importante y una de las más usadas y fácil de determinar. Representa la presencia de huesos, músculos, órganos y tejido adiposo. Un factor a tener en cuenta es que el peso está influido por la altura, la edad y el sexo, por ellos, a la hora de evaluar el estado nutricional, hay que tenerlos presente³⁴.

En las personas mayores, el peso se ve afectado a partir de los 65-70 años, en general disminuye de forma progresiva durante el proceso de envejecimiento. Para la valoración nutricional es muy importante conocer o estimar los cambios producidos en el peso de una persona durante un periodo de tiempo determinado, de modo que, una pérdida involuntaria de peso del 5% o más en un mes, o superior a un 10% en 6 meses que puede indicar malnutrición.

Talla: La talla junto con el peso corporal, constituye una de las dimensiones más utilizadas. Durante el proceso de envejecimiento, a partir de los 50 años, se inicia una reducción de la talla de aproximadamente 3 cm en varones y 5 cm en mujeres. La evaluación de la estatura de forma independiente no ayuda en la evaluación nutricional de una persona, por si misma, ya que no refleja desequilibrios nutricionales. El valor de la talla puede estar influenciado por la incidencia tanto de factores externos como internos. Debido a factores orgánicos internos o intrínsecos, la talla se reduce como consecuencia de un adelgazamiento de las vértebras, la compresión de los discos vertebrales, cifosis, osteomalacia o osteoporosis. La pérdida de centímetros en la talla tiene implicaciones importantes, sobre todo cuando se calcula el IMC³⁵.

Circunferencia braquial: El perímetro o circunferencia braquial permite obtener fórmulas que se relacionan con los compartimentos graso y muscular, es un indicador de la reserva proteínica del organismo, factor muy importante a determinar en la persona anciana.

Conociendo el perímetro braquial podemos clasificar a los adultos mayores según su valor respecto a los percentiles de la población de referencia³⁵.

CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DEL GERONTO

Envejecer se asocia con deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran fuentes de apoyo directo.

El apoyo social, entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifica en: familiar (red primaria), vecinos, amigos o parientes (red secundaria), residan o no con el anciano; y el apoyo institucional o de tipo formal hace referencia organismos públicos y privados asisten a la población³⁶.

Del Popolo³⁷ indica que el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras.

Esta red social es de vital importancia. Se ha visto que adultos mayores sin soporte familiar o con una pared sociofamiliar inadecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos que sí lo tienen. Si bien la vejez no es una enfermedad, en esta etapa de la vida aumentan los riesgos de enfermar o de perder la autonomía y la funcionalidad; en consecuencia, requiere de mucha atención y cuidado³⁸.

Situación familiar del geronto: La familia cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se puede concluir que: la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros³⁹.

Esta situación puede verse agravada cuando los otros miembros de la familia: los hijos de los adultos mayores, sus nietos, etc., tampoco asumen –por desconocimiento- que el adulto mayor está en un proceso de evolución en que se hace cada vez más notorio su desgaste. Toda esta situación afecta a todos y a cada

uno de los miembros de la familia y si tuviéramos que determinar por qué llegan a crearse conflictos de convivencia, la causa se podría sintetizar en una palabra: IGNORANCIA O DESCONOCIMIENTO del proceso de envejecimiento por parte de todas las personas que conforman la familia, incluso por parte de la propia persona que envejece³⁹.

El papel de las familias ante sus ancianos es doble. Por una parte, son fuente de apoyo emocional (afecto, seguridad, equilibrio, probable presencia de confidente). Por otra, son fuente de apoyo económico, de compañía y de servicios (vivienda, alimentación, cuidados personales y cuidado en la enfermedad). El apoyo emocional que el anciano encuentra en su familia es la forma más estimada por el mismo. A este tipo de apoyo se le ha llamado expresivo e incluye sentimientos de confianza, aceptación y dignidad hacia su persona. Si el anciano no siente este apoyo emocional lo más probable es que no muestre deseos de extender sus relaciones sociales⁴⁰.

Asimismo el ser humano actual está enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad masificada, caracterizada por la alta competitividad, la necesidad de ser eficientes, la pérdida de valores morales y espirituales. Es una sociedad acelerada en donde las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales han dado paso a la familia pequeña en donde no hay espacio para que el abuelo sea figura importante y, más bien, gracias al aumento en la esperanza de vida, se ha convertido en un problema. Es probable, entonces, que la persona adulta mayor viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí misma como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él⁴¹.

Adulto mayor y su relación social:

Hemos sido creados para vivir en comunidad. El aislamiento no solo trae problemas de tipo psicológico sino también físico, en algunos casos lleva a la muerte. Existe un gran número de estudios científicos que muestran los nefastos efectos del aislamiento y el distanciamiento social. Así que en este mundo tan lleno de desafíos y tribulaciones nuestra supervivencia descansa en el hecho de tener el apoyo y

sostén de nuestros semejantes.

Los geriatras Waldo Klein y Martin Bloom señalan que no cabe duda de que el apoyo social juega un papel muy importante en la prevención de enfermedades crónicas y agudas. Las personas que cuentan con el apoyo y sostén de amigos y familiares tienden a ser menos vulnerables a las enfermedades⁴².

Cambios sociológicos⁴³

Los cambios sociológicos afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Hay cambios en el rol individual como individuo y como integrante de una familia, y hay cambios en el rol social (laborales y dentro de una comunidad).

1) *Cambios en el rol individual:* Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuelo, al perder a su pareja, al tener que abandonar su hogar, etc). Por otro lado con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado.

2) *Cambios en el rol social:* La jubilación que veremos más adelante es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.

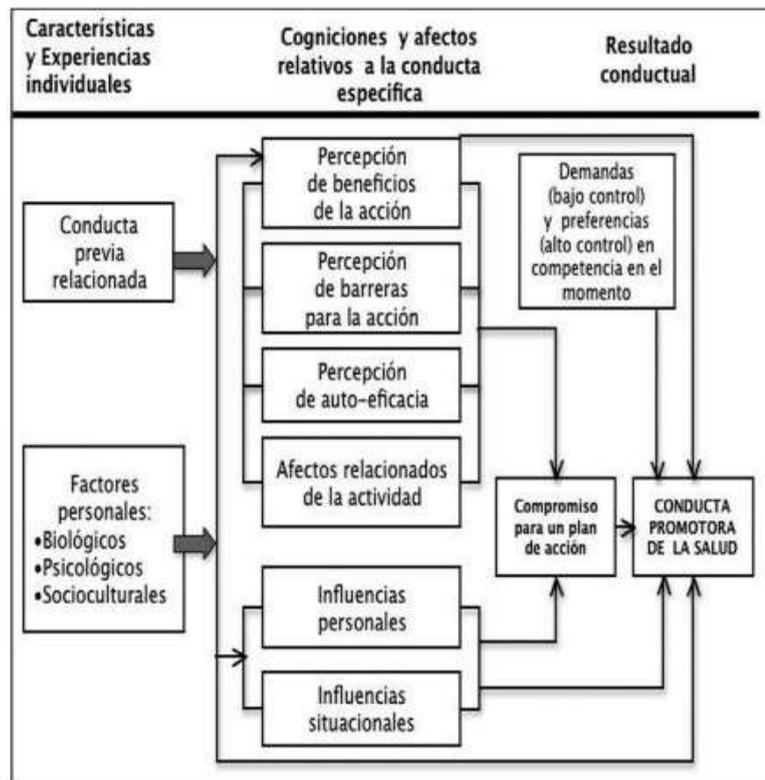
Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o atribuido. Así pues, el rol es la forma en que un estatus concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular. Con el paso de los años, esos roles van cambiando y, al llegar el envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida⁴⁴.

La pérdida de relaciones sociales conlleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad. Con la desaparición de las personas significativas también desaparecen los anclajes de la historia personal. Sea como

sea, la motivación de la persona mayor para establecer nuevas relaciones disminuye y lo hace en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, lo que suele llevarla a aislarse y refugiarse en una soledad en la que se siente segura. De ahí la importancia de un programa de intervención adecuado para fomentar la participación en grupos, favorecer el dinamismo de las relaciones entre usuarios y aumentar la actividad social.

Teniendo en cuenta los aspectos antes descritos, podemos decir, que el geronto experimenta diferentes factores que condicionan su estado de salud bio psico social, por ello es relevante para el profesional de enfermería conocer con mayor detalle cómo se presentan estos elementos, que según la teoría de Nola Pender, servirá para identificar su influencia en el comportamiento saludable. Basándonos en que su Modelo de Promoción de la Salud, expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan a la persona a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el diagrama del Modelo de Promoción de la Salud⁴⁵. (Diagrama nº 01). En el esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: Conducta previa relacionada y los factores personales.

Diagrama nº 01: Modelo de promoción de la salud revisado. De Pender NJ. 1996



El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas; por ello, el interés de las investigadoras de conocer el estado nutricional y la condición sociofamiliar del geronto así como las características más resaltantes de estos elementos que permitirán identificar la problemática a intervenir en beneficio de este grupo poblacional con el fin de modificar conductas y lograr que el geronto tenga una mejor calidad de vida.

2.3. Definición de términos básicos

Condición nutricional: Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Es la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar⁴⁶.

Condición socio familiar: Es la adecuación profesional encaminada a apoyar a la unidad familiar y activar sus potencialidades y recursos, con la finalidad de lograr un cambio positivo que contribuya a una mejoría de su calidad de vida⁴⁷.

Envejecimiento: Proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes⁴⁸.

Geronto: Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona⁴⁹.

Riesgo de malnutrición: Se refiere a la alteración nutricional que puede ser transitoria y que se caracteriza no tanto por la ausencia de ingesta de los nutrientes básicos sino también por un desequilibrio alimentario ya sea por exceso como por defecto²⁸.

Malnutrición: Es un proceso patológico complejo, que por sí solo es un factor de morbimortalidad y de mala calidad de vida en los gerontos que la padecen, esto tiene como consecuencias alteraciones del estado inmunitario, agravación de procesos infecciosos, complicaciones de las patologías ya sufridas, entre otros³¹.

Riesgo social: son aquellos factores que van a llevar al individuo a romper con su salud mental, desencadenando en estas conductas desviadas y anormales que afectaran a la persona misma y a la sociedad; se ve también originados en el área psicológica, socioeconómica, biológica y social de los individuos⁵⁰.

Problema social: es la situación que se ve agravada en cuanto a los miembros de la familia (hijos, nietos y otros) o sociedad; que conlleva a la pérdida de roles señalando problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor cambio de roles en el cuidado del geronto⁴⁴.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.

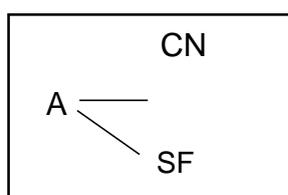
Tipo.

Según Hernández, Fernández y Baptista⁵¹ explican que el enfoque cuantitativo en la investigación descriptiva se utiliza para establecer diferencias y/o semejanzas entre variables en función a una situación, por ello la presente investigación es de tipo cuantitativo de enfoque descriptivo, porque se analizó el problema, y se estableció nuevos criterios para poder responder a las causas del porque ocurren los fenómenos o hechos y las condiciones en las que este se está, dando, para describir las diferencias o semejanzas de la condición nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor en el Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque.

Diseño.

Según Hernández, Fernández, y Baptista⁵¹, lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. De acuerdo al momento de la recolección de datos es transversal porque se obtuvo los datos en enero del 2016 referidos a la condición nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor en el Centro de Salud Toribia Castro tal y como se da en su contexto natural.

El esquema que muestra el diseño es el siguiente:



Dónde:

A = Adultos mayores que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Centro de Salud Toribia Castro-Lambayeque

CN = Condición nutricional del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor en el Centro de Salud Toribia Castro - Lambayeque

SF = Condición sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor

en el Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque

3.2. Población y Muestra.

Población

Según Tamayo y Tamayo Mario⁵², define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. Por lo tanto la población del estudio estuvo conformado por 40 gerontos atendidos en el Programa del Adulto Mayor en el Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque en enero del 2016

Criterio de Inclusión

Gerontos que tengan la edad 60 a más.

Gerontos que acudan al Programa del Adulto Mayor.

Gerontos que acepten participar en el estudio.

Criterio de Exclusión

Geronto que sufran alteraciones mentales y/o patologías que condicione su estado nutricional.

Incapacidad para poder hablar y leer.

Gerontos que no acepten participar en el estudio.

Muestra

Según Álvarez Cáceres, R⁵³⁰, expresa que la muestra estadística es un subconjunto de la población seleccionado según un método determinado. Por ser una población pequeña se trabajó con todas las unidades de análisis, es decir estuvo conformada por una población muestral de 40 adultos mayores que asistieron al Centro de Salud Toribia Castro de Lambayeque.

Muestreo

En la presente investigación se utilizó el muestreo no probabilístico, ya que se efectuó un censo que consiste en el recuento de individuos que conforman una población estadística. En este caso, se trabajó con los gerontos que acuden al Programa del adulto mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque

durante el mes de enero de 2016.

3.3. Variables.

Según Briones, Guillermo⁵⁴, define que las variables son propiedades, características o atributos que se dan en grados o modalidades diferentes en las unidades de análisis y, por derivación de ellas, en grupos o categorías de las mismas.

Variable 1: Condición Nutricional

Estado nutricional de los gerontos que acuden al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque

Definición conceptual:

Es el estado nutricional de la persona valorado a través de las medidas antropométricas, clínicas y dietéticas.

Definición operacional:

El Mini Nutricional Assessment, nos ayudo a identificar el estado nutricional del adulto mayor que consta de 18 preguntas que correlaciona los parámetros antropométricos, dietéticos y de percepción del estado de salud y nutricional. Tiene como resultado de 24 a 30 ptos: Estado nutricional normal, de 17 a 23.5 ptos: Riesgo de malnutrición y menos de 17 ptos: Malnutrición.

Variable 2: Condición sociofamiliar

Condición sociofamiliar de los gerontos que acuden al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque

Definición conceptual:

Es la interacción y el apoyo que tiene el adulto mayor con la familia y la sociedad, con respecto a la vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyo de la red social y red económica.

Definición operacional:

La valoración sociofamiliar en el anciano nos sirvió en detectar el riesgo social que

presenta, consta de 5 ítems o variables situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo familiar. Por ello evalúa de 5 a 9 pts: Buena/aceptable situación social; de 10 a 14 pts: Existe riesgo social; y más de 15 pts: Problema social.

3.4. Operacionalización

Según Silva Aycaguer L.⁵⁵, define operacionalización de variables como el proceso que permite hacer el tránsito que parte del concepto y desemboca en el recurso cuantitativo (o cualitativo) con que se mide (o clasifica).

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA	TECNICA E INSTRUMENTO
CONDICION NUTRICIONAL	Antropometría	Peso Talla IMC Circunferencia braquial Circunferencia de la pantorrilla	¿Pérdida reciente de peso? (< 3 meses) - Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² - Circunferencia braquial (CB en cm) - Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	Técnica: Entrevista MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)
	Problemas físicos o psíquicos	Problemas físicos Problemas psicológicos	- Movilidad - ¿El paciente vive independiente en su domicilio? - ¿Úlceras o lesiones cutáneas? - ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? - Problemas neuropsicológicos	

	Consumo de Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Apetito - Medicamentos que afectan al sistema digestivo - Ingesta de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? - ¿Toma más de 3 medicamentos al día? - ¿Cuántas comidas completas toma al día? - ¿Productos lácteos al menos una vez al día? - ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? - ¿Carne, pescado o aves, diariamente? - ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? - Forma de alimentarse - ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? - ¿En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 	
--	----------------------	--	---	--

CONDICION SOCIOFAMILIAR		Situación familiar	<p>1 Vive con familia, sin conflicto familiar</p> <p>2 Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</p> <p>3 Vive con cónyuge de similar edad</p> <p>4 Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</p> <p>5 Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</p>	<p>Técnica: Entrevista ESCALA DE VALORACION SOCIO-FAMILIAR DE GIJON</p>
		Situación socioeconómico	<p>1 Dos veces el salario mínimo vital</p> <p>2 Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</p> <p>3 Un salario mínimo vital</p> <p>4 Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</p> <p>5 Sin pensión, sin otros ingresos</p>	
		Vivienda	<p>1 Adecuada a las necesidades</p> <p>2 Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)</p> <p>3 Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño</p>	

			<p>incompleto).</p> <p>4 Vivienda semi construida o de material rústico</p> <p>5 Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</p>	
		Relaciones Sociales	<p>1 Mantiene relaciones sociales en la comunidad</p> <p>2 Relación social sólo con familia y vecinos</p> <p>3 Relación social solo con la familia</p> <p>4 No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</p> <p>5 No sale del domicilio y no recibe visitas</p>	
		Apoyo de la red social (municipio, clubes, ONG, seguro social, vivienda)	<p>1 No necesita apoyo</p> <p>2 Requiere apoyo familiar o vecinal</p> <p>3 Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social</p> <p>4 No cuenta con Seguro Social</p> <p>5 Situación de abandono familiar</p>	

3.5. Abordaje metodológico, técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

3.5.1 Abordaje Metodológico:

El método que se utilizó en la investigación es inductivo es decir, a partir de un número suficiente de datos podemos obtener conclusiones a nivel general. Esto implica pasar de los resultados obtenidos de observaciones o experimentos (que se refieren siempre a un número limitado de casos) ⁵⁶.

3.5.2 Técnicas de recolección de datos:

En esta investigación se empleó la técnica de la encuesta porque permitió una búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos de interés que se desea obtener; herramienta que se aplicó a los gerontos que acudieron al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque en enero de 2016.

3.5.3 Instrumentos de recolección de datos:

Se tomó en cuenta dos instrumentos de recolección de datos la primera para evaluar la condición nutricional y la segunda para evaluar la condición sociofamiliar del geronto datos importantes para la investigación.

El instrumento para evaluar el estado nutricional fue:

El Mini Nutritional Assessment (MNA) es un método de evaluación nutricional para la población anciana. Consta de dos partes: un cribaje (6 preguntas) y una evaluación (12 preguntas). Si la suma de las preguntas de la primera parte test cribaje es igual o inferior a 10, es necesario completar el test de evaluación para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente. Los puntos de corte del Test evaluación del estado nutricional son de 24 a 30 puntos: estado nutricional normal, 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición y menos de 17 puntos: malnutrición⁵⁷. (Anexo 2).

Validez y confiabilidad: El instrumento fue validado en su versión original en varios países. Fue validado por primera vez en español para la población de adultos mayores mexicanos en 1998. Con el instrumento se incluye la puntuación para la evaluación del estado nutricional ofrecido por el test de

validez original y por el test de validez con la población mexicana⁵⁸.

El instrumento para evaluar el estado sociofamiliar fue:

La escala de Valoración Socio-familiar de Gijón se empleó para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo de esta entrevista es evaluar las situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. Se evaluó cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social⁵⁹ (Anexo 3). La sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

3.6. Procedimientos para la recolección de datos.

Una vez aprobado el Proyecto de Tesis; se solicitó al gerente del Centro de Salud Toribia Castro la autorización para realizar la recolección de datos, al tener el permiso se llevó a cabo la ejecución del estudio, donde las investigadoras se presentaron ante la jefa de enfermería de dicho centro de salud para informarle el objetivo de la investigación y solicitar el nombre de la encargada del Programa del Adulto Mayor para que facilite el contacto de las personas inscritas. Luego se coordinó con los gerontos que reunieron los criterios de inclusión, a quienes se les explico la finalidad del estudio comunicándoles que todos los datos obtenidos serian de manera anónima y confidencial; posteriormente se les entrego el consentimiento informado aceptando su participación seguidamente se les aplico los instrumentos Mini Nutritional Assessment (MNA) y la escala de Gijón. (Anexo 2 y 3)

3.7. Análisis Estadísticos e Interpretación de los datos.

Tras concluir con las entrevistas se efectuó la tabla matriz de datos donde se creó una base de datos en el sistema estadístico SPSS 22.0 o llamado Statistical Pack Forthe Social Sciences que permitió mostrar los resultados a través de tablas y gráficos para el análisis estadístico de las variables.

3.8. Principios éticos⁶⁰

De acuerdo con el informe Belmont, tres son los principios básicos a tener en cuenta: respeto a las personas, beneficencia y justicia.

Respeto a las personas:

Incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. Para la ejecución del estudio se utilizó el consentimiento informado (Anexo 1)

Beneficencia:

Supone el trato a las personas respetando sus decisiones, protegiéndolas de daño y asegurando su bienestar. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: (1) no hacer daño; y (2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. Con este estudio de investigación se reconoció cual es la condición nutricional y sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro.

Justicia:

En el caso de la investigación debe asegurarse que los beneficios obtenidos de la misma no van a aplicarse solamente a las clases más favorecidas sino a todos los grupos sociales susceptibles de beneficiarse de ella. En este estudio de investigación se trabajó con todos los adultos mayores que acudan al Programa del Adulto Mayor sin ningún tipo de discriminación.

3.9. Criterios de Rigor Científico.

Durante toda la investigación, se siguió algunos criterios de científicidad, se consideraron para evaluar la calidad científica del estudio los siguientes criterios:

Credibilidad

El rigor científico en torno a la credibilidad implica la valoración de las situaciones

en las cuales una investigación pueda ser reconocible como creíble, para ello es esencial la pesquisa de argumentos fiables que pueden ser demostrados en los resultados del estudio realizado, en concordancia con el proceso seguido en la investigación; puesto que en la presente investigación se hizo la recolección de datos de las propias fuentes primarias, mediante los cuestionarios produciendo hallazgos conocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que piensan respecto a la condición nutricional y sociofamiliar.

Auditabilidad o confirmabilidad

El grado de implicación del investigador en el estudio, no se ha eludido en todo caso se extiende la garantía suficiente sobre el proceso de la investigación, producto de la información arrojada por los instrumentos aplicados, donde los datos no están sesgados, ni responden a ningún tipo de manipulación de naturaleza personal; puesto que en esta investigación son de distintos autores que confirman los hechos encontrados en el estudio y que a la vez ha sido referenciada para que otros investigadores puedan examinar los datos y puedan llegar a conclusiones iguales o similares a las que aquí se presentan.

CAPÍTULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados en tablas y gráficos.

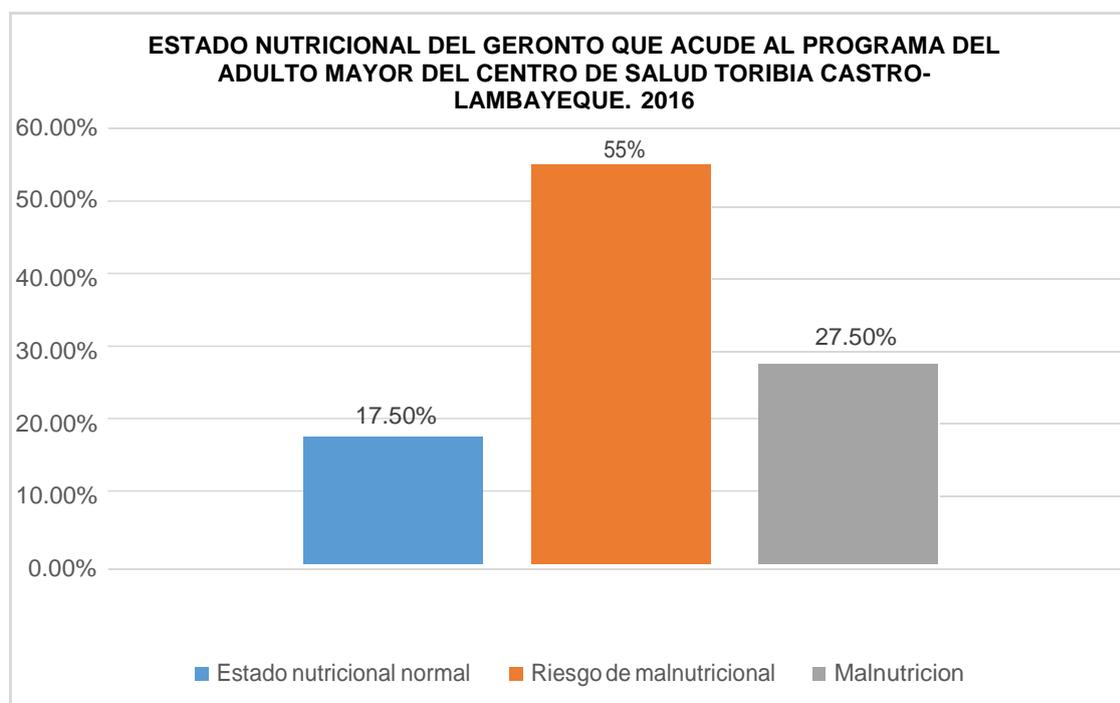
A continuación se presentan los resultados obtenidos de acuerdo al primer objetivo específico: estado nutricional del geronto en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque 2016.

Tabla 1

Estado nutricional del geronto en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque 2016.

	n°	%
Estado Nutricional Normal	7	17.5%
Riesgo de Malnutrición	22	55%
Malnutrición	11	27.5%
Total	40	100%

Fuente: Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) fue aplicado a gerontos.



Fuente: Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) fue aplicado a gerontos.

Figura N°1: Muestra como resultado que el 55% de los gerontos se encuentran con riesgo de malnutrición, el 27.5% presenta malnutrición y 17.5% un estado nutricional normal.

Con respecto al segundo objetivo específico condición sociofamiliar del geronto en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro según la escala de Gijón que fue aplicada a los gerontos de los 60 años a más, encontramos lo siguiente:

Tabla 2

Condición sociofamiliar del geronto que acude al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro – Lambayeque en enero de 2016.

	n°	%
Buena/Aceptable situación social	9	22.5%
Existe riesgo social	23	58%
Existe problema social	8	27.5%
Total	40	100%

Fuente: Escala Valoración Socio-Familiar de Gijón aplicados a los gerontos.

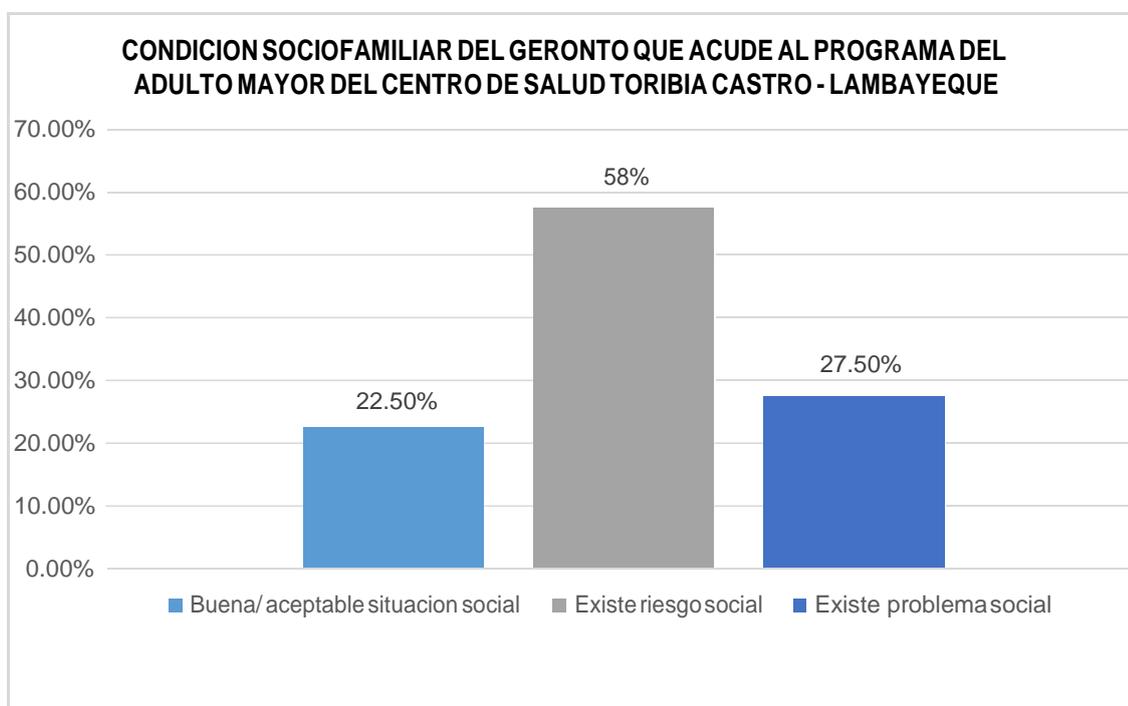


Figura N° 2: Se aprecia que en el 58% de los gerontos existe un riesgo social, el 27.5% existe problema social y el 22.5% buena/aceptable situación social.

Fuente: Escala Valoración Socio-Familiar de Gijón aplicados a los gerontos.

.El tercer objetivo específico: analizar las características más resaltantes encontradas en la aplicación de la Escala de Mini Nutritional Assessment y la Valoración Sociofamiliar de Gijón; estos fueron los resultados:

Tabla 3

Analizar las características más resaltantes encontradas en la aplicación de la Escala de Mini Nutritional Assessment.

Características más resaltantes del Mini Nutritional Assessment	n°	%
Pérdida de peso entre 1 y 3Kg	16	40%
Enfermedad aguda o estrés psicologico	25	62.5%
IMC >23	28	70%
Depende de la familia	34	85%
Toma más de 3 medicamentos	28	70%
2 comidas completas al día	26	65%
No consumen lácteos	22	55%
No consumen frutas o verduras	31	77.5%
Toman entre 3 a 5 vasos de agua	23	57.7%
Circunferencia braqueak > 22	18	45%
Circunferencia de pantorrilla < 31	25	62.5

Fuente: Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA)

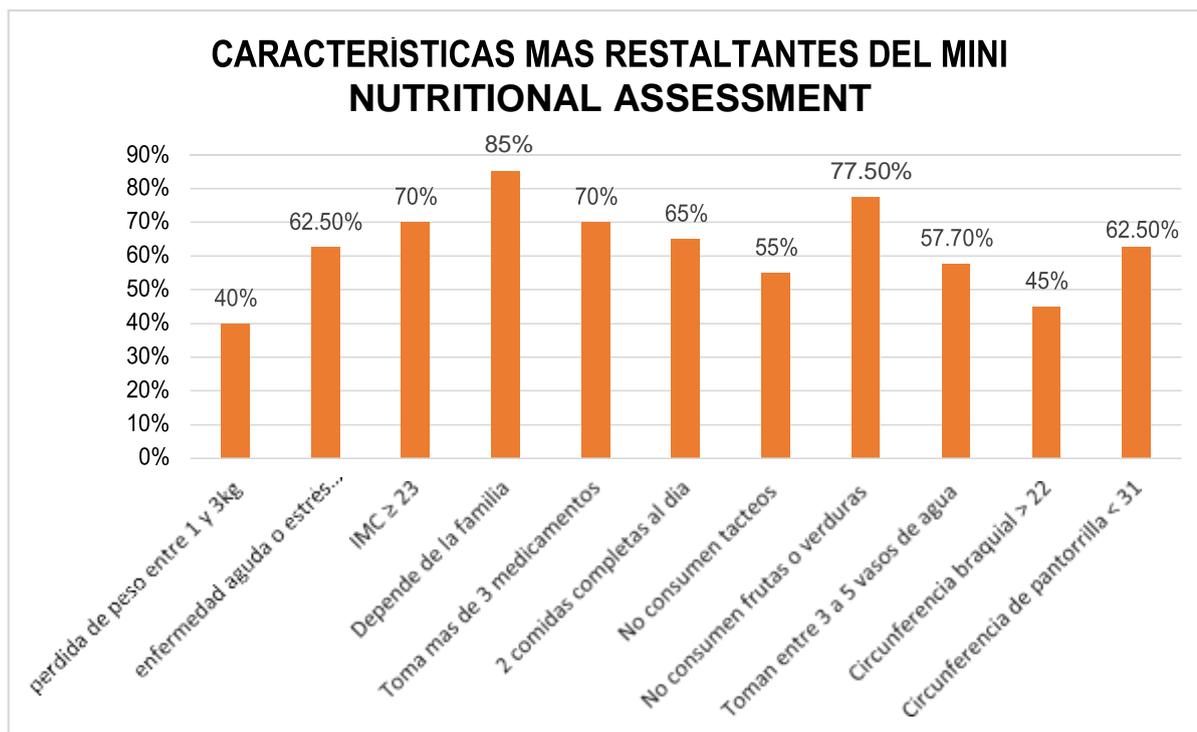


Figura N° 3: Se evidencio que la mayoría de los gerontos el el 85% depende de la familia , el 77.5% no consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día, el 70% un IMC ≥ 23 , el 70% toman más de 3 medicamentos, el 65% comen 2 comidas completas al día, el 62.5% presentan enfermedades agudas o estrés psicológicos, el 62.5% una CP < 31 , el 57.7% toman entre 3 a 5 vasos de agua al día, el 55% no consumen lácteos, el 45% presentan un CB > 22 y el 40% perdieron peso entre 1 y 3kg estos datos nos muestran que existen factores de riesgo a ser considerados por que tienen influencia en el estado nutricional del geronto.

Analizar las características más resaltantes encontradas en la aplicación de la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón.

Características más resaltantes de la Escala de valoración de Gijón	n°	%
Vive con familia sin conflicto familiar	26	65%
Ingreso irregular	14	35%
Vivienda semi construida	20	50%
Mantiene relaciones social con la comunidad	27	67.5%
Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este	15	37.5

Fuente: Escala Valoración Socio-Familiar de Gijón aplicados a los gerontos.

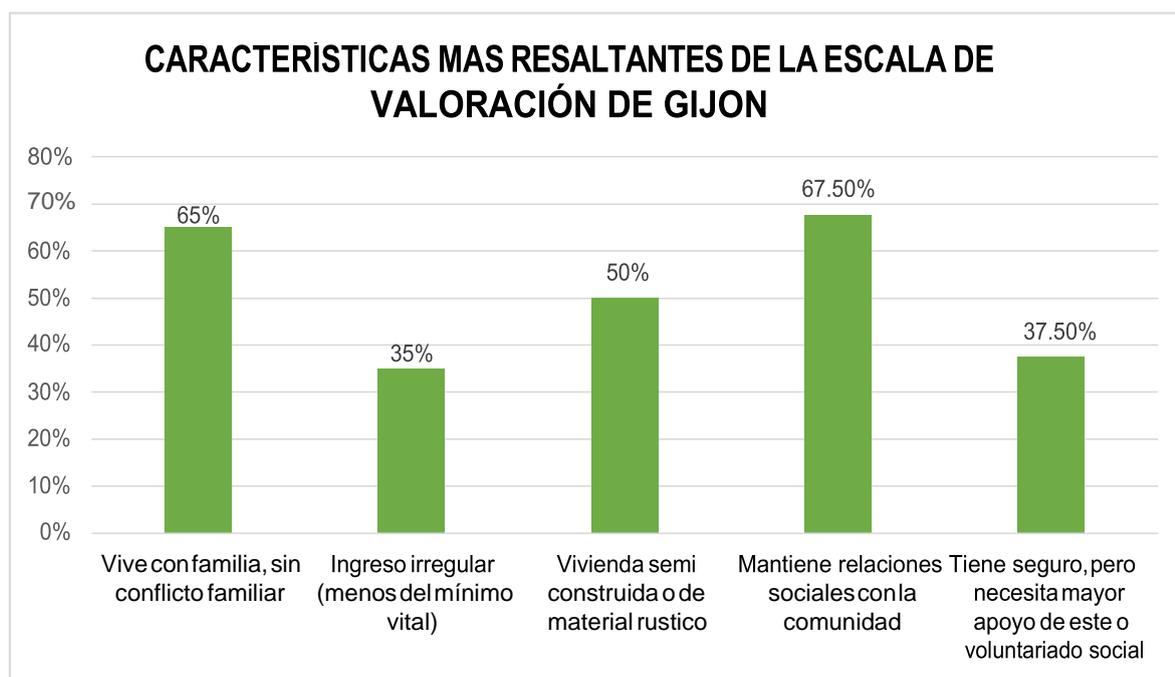


Figura N° 4: Se observa que el 67% mantiene relaciones sociales con la comunidad, 65% vive con familia, sin conflicto familiar, el 50% viven en vivienda semi construida o de material rustico, el 37.5% tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social y el 35% recibe un ingreso irregular (menos del mínimo vital).

Fuente: Escala Valoración Socio-Familiar de Gijón aplicados a los gerontos

4.2 Discusión de resultados

Este trabajo se realizó con una muestra de 40 gerontos inscritos en el Programa

Adulto Mayor del centro de salud Toribia Castro - Lambayeque.

Según la OMS la nutrición es la ingestión de alimentos considerados en relación con las necesidades dietéticas del cuerpo²¹ y es un elemento muy importante para el adulto mayor, por ello en este estudio se aplicó el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA)⁵⁷ en la cual se puede observar que el 55% de los gerontos se encuentran en riesgo de malnutrición, el 27.5% presenta malnutrición y el 17.5% un estado nutricional normal. (Grafico N°1)

El riesgo de malnutrición se refiere a la alteración nutricional que puede ser transitoria y que se caracteriza no tanto por la ausencia de ingesta de los nutrientes básicos sino también por un desequilibrio alimentario ya sea por exceso como por defecto²⁸. Mientras que la malnutrición es un proceso patológico complejo, que por sí solo es un factor de morbilidad y de mala calidad de vida en los gerontos que la padecen, esto tiene como consecuencias alteraciones del estado inmunitario, agravación de procesos infecciosos, complicaciones de las patologías ya sufridas, entre otros³¹.

Por lo tanto estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Noriega J¹⁵ el cual evidencia, en su muestra de 95 individuos el 56.8% de los adultos mayores presentan riesgo de desnutrición, mientras que González González J¹⁴ tuvo una muestra de 80 adultos obtuvo un mayor porcentaje de 66% en riesgo de malnutrición, en cambio Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J y Hernández Y¹⁶ identifico que el 48,4% de los sujetos presentaron un riesgo de nutrición y que el 46% sin problemas nutricionales, mientras Vázquez S¹¹ la muestra fue de 135 participantes en donde el 37.8% de los adultos mayores se ubicó en riesgo de malnutrición, a diferencia del estudio Manayalle Polar, Paola¹⁹ quien al aplicar el mismo instrumento en una población de 208 gerontos en la región de Lambayeque evidencia que sólo el 29.30% de adultos mayores tiene riesgo de malnutrición.

La condición sociofamiliar se refiere todas aquellas formas de ayuda que ofrece la sociedad, la familia y el apoyo institucional ya sea públicos o privados³⁶, para ello utilizamos la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón⁵⁹ cuyos resultados fueron el 58% de los gerontos existe riesgo social, el 27.5% existe problema social y el

22.5% buena/aceptable situación social (Grafico N°2).

El riesgo social son aquellos factores que van a llevar al individuo a romper con su salud mental, desencadenando en estas conductas desviadas y anormales que afectaran a la persona misma y a la sociedad; se ve también originados en el área psicológica, socioeconómica, biológica y social de los individuos⁵⁰.

En cuanto a problema social es la situación que se ve agravada en cuanto a los miembros de la familia (hijos, nietos y otros) o sociedad; que conlleva a la pérdida de roles señalando problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor cambio de roles en el cuidado del geronto⁴⁴.

Estos resultados son similares a la investigación de Villarreal A, Month A¹³ con una muestra de 275 adultos mayores que determino que el 67.7% tenían riesgo y problema social, mientras que el estudio de Ruiz L, Campos M, Peña N¹⁸ el 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tienen problema social; a diferencia de Román R, Quiroz L¹⁷ fue aplicada a 136 adultos mayores atendidos en el Centro de salud Magdalena se pueden apreciar que el 36 % se encuentran en riesgo social y el 53,7 % presentan problema social.

Por último analizaremos las características más resaltantes encontradas en la aplicación de la Escala de Mini Nutritional Assessment (MNA) y estos fueron los resultados el 40% perdieron peso entre 1 y 3kg (Grafico N° 3). La pérdida de peso se acompaña de un descenso de la masa libre de grasa, estos cambios en la composición corporal suponen a la pérdida de tejido metabólicamente activo y condicionan un descenso en el gasto metabólico. A medida que disminuye el descenso de la actividad física en la población anciana, las necesidades energéticas y presencia de patologías agudas hace el uso de fármacos donde aumenta el riesgo de nutrición²⁶. En estos resultados según Manayalle P¹⁹ evidencio que el 37.50% de los adultos mayores perdieron de peso.

El 62.5% presentan enfermedades agudas o estrés psicológicos (Grafico N° 3), estos resultados según Manayalle P¹⁹ el 35.10% se evidencio enfermedad aguda o estrés psicológico. El 70% un IMC \geq 23 (Grafico N° 3); el IMC se relaciona el peso y la talla de los individuos, nos permite evaluar y clasificar el estado nutricional de las personas mayores; y permite detectar con rapidez posibles situaciones de

desnutrición y obesidad³². Estos resultados son similares a Manayalle Polar, P¹⁹ encontró en los adultos mayores el Índice de Masa Corporal promedio es 27.52 ± 38 .

El 85% depende de la familia (Grafico N° 3); las personas mayores dependen de un grado de independencia (aquellos que realizan actividades diarias) o dependencia (requieren de cuidados domiciliarios, personas frágiles) estas dos situaciones, junto a otros factores de riesgo nutricionales, prevalece de una malnutrición o riesgo de padecerla.

El 70% toman más de 3 medicamentos (Grafico N° 3), la polimedicación, se refiere al número de medicamentos consumidos a diario, la cual influyen sobre el estado nutricional de las personas mayores y que son un factor de riesgo nutricional³⁴. Estos resultados en Manayalle Polar, Paola¹⁸ encontró en los adultos mayores presentan el 36.5% poli medicación.

El 65% comen 2 comidas completas al día, el 55% no consumen lácteos, el 77.5% no consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día (Grafico N° 3). Con respecto a la ingesta proteica, la cual se han ido publicando estudios sugieren que la dosis diaria recomendada para el adulto (0,8 gr/kg/día) podrían ser insuficiente en el anciano como consecuencia de una menor respuesta anabolica²⁷. Estos resultados son similares a González González Jennifer Lyrn¹⁴ 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, a diferencia del estudio de Manayalle Polar, Paola¹⁹ el 53.30% consumen de < 3 comidas diarias.

El 57.7% toman entre 3 a 5 vasos de agua al día (Grafico N° 3). Con la edad se producen alteraciones en los mecanismos reguladores de la sed, siendo así las personas mayores especialmente susceptibles a sufrir deshidratación, por eso para asegurar un adecuado balance hídrico (incluyendo los alimentos debe estar en torno a 1,5 litros diarios²⁷. Con respecto a estos resultados en el estudio de Manayalle Polar, P¹⁹ el 66.80%.consumo de < 5 vasos de agua.

El 45% presentan un CB > 22 y el 62.5% una CP < 31 (Grafico N° 3). Estos resultados son diferentes al estudio de Manayalle Polar, Paola¹⁸ donde el 11.10%

tiene circunferencia de pantorrilla <31cm

En cuanto a la Escala de Valoración de Gijón el 65% vive con familia, sin conflicto familiar, el 35% recibe un ingreso irregular (menos del mínimo vital), el 50% viven en vivienda semi construida o de material rustico, el 67% mantiene relaciones sociales con la comunidad y el 37.5% tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social (Grafico N°4); estos resultados son similares a Ruiz-Dioses Lourdes, Campos-León Marisela, Peña Nelly¹⁸ quien empleo el mismo instrumento sin embargo identifico el 3,1% se encuentran en situación de abandono familiar, 38,5% no recibe pensión ni otros ingresos y 46,2% no cuenta con seguro social.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.

1. En relación al estado nutricional encontramos que el 55% de los gerontos se encuentran en riesgo de malnutrición, el 27.5% en malnutrición y solo el 17.5% en un estado nutricional normal; por lo tanto los gerontos de riesgo del Centro de Salud Toribia Castro de Lambayeque van a ser por lo general frágiles a presentar cualquier tipo de patología afectando su salud.
2. En relación a la condición sociofamiliar del geronto evidenciamos que el 58% presenta riesgo social, en el 27.5% existe un problema social y el 22.5% tiene una buena/aceptable situación social; motivo por el cual los gerontos del Centro de Salud Toribia Castro no tienen las condiciones adecuadas para su protección y es cada vez más vulnerable, aumentando los riesgos de enfermar, perder su autonomía y funcionalidad.
3. Las características más resaltantes encontradas en los cuestionarios del Mini Nutritional Assessment y la Valoración Sociofamiliar de Gijón fueron las siguientes: el 85% depende de la familia, 77.5% no consumen frutas o verduras, el 70% toma más medicamentos, el 70% tiene un IMC > 23, el 62% presenta enfermedad aguda o estrés psicológico; el 67.5% mantiene relaciones sociales con la comunidad, el 65% vive con familia, sin conflicto familiar

5.2 Recomendaciones

1. Se recomienda a la encargada del programa del adulto mayor del Centro de Salud Toribia Castro Lambayeque coordinar con el (la) profesional de nutrición para capacitar tanto a los gerontos como a las personas que tienen a cargo su cuidado en educación alimentaria y así contribuyan a una mejor calidad de vida.
2. Se recomienda al Centro de Salud Toribia Castro fortalecer programas del adulto mayor y desarrollar campañas de información y sensibilización hacia la comunidad y puedan comprender la importancia de incluir al geronto en la vida familiar y social, pieza fundamental para que la salud del adulto mayor no se vea afectada.
3. A los profesionales de la salud se les recomienda motivar a los gerontos de cómo llevar un estilo de vida saludable siendo ellos mismos participes de su propio cuidado.
4. A las instituciones formadoras incentivar planear y ejecutar estudios de investigación similares con el fin de que el geronto mejore su calidad de vida y disfrute de una vejez satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. [sede Web]*. Chile. [acceso 12 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S3.pdf
2. Novelo, H. Situación epidemiológico y demográfico del adulto mayor en la última década. Rev. Sa. Pub. y Nutr Méx. 2003
3. Diario Perú 21, 26 de agosto del 2012. <http://peru21.pe/actualidad/inei-cerca-tres-millones-peruanos-son-adultos-mayores-2039306>
4. Documento Técnico PLANPAM 2013: Cuadernos sobre N° 5 Poblaciones Vulnerables Año 1 - 2013. Octubre 2013. http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf (último acceso 16 septiembre 2016)
5. Licas Torres M. "Nivel de Depresión del Adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014". Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima - Perú 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
6. Ángel Gil, E. Martínez de Victoria, J. Maldonado. Tratado de Nutrición. Tomo III Nutrición Humana en el Estado de Salud (2° Ed.) Pág. 338
7. Ministerio de Salud (MINSa). Informe técnico: Estado nutricional en el Perú por etapas de vida 2012 -2013. Lima – Perú 2015
8. Arriaza Romero P. D., Granados León S., Martínez Atienza J. F., Sánchez Jiménez C., Técnicas básicas de enfermería (1° Ed.) Ediciones Paraninfo, SA. pág. 593. 2013
9. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. PLANPAM. Plan Nacional para los adulto mayores 2013 – 2017. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
10. Ministerio de Salud. Informe Ejecutivo Lambayeque – Situación Nutricional. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/LAMBAYEQUE.pdf
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2012. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf

12. Vázquez Contreras Selene Aracely. “Estado nutricional y síntomas depresivos en el adulto mayor”. Monterrey en enero del 2012. Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León <http://eprints.uanl.mx/3418/1/1080224673.pdf>
13. Villarreal Amarís Gloria, Month Arrieta Edalcy. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Noviembre del 2011 - enero 2012. Docente Departamento de Enfermería, Universidad de Sucre. Sincelejo (Colombia).
14. González González Jennifer Lyrn. Evaluación 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 <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>
15. Noriega Julio. Factores determinantes del estado nutricional deficitario del adulto mayor institucionalizado. Informe final del trabajo de graduación. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2010 http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8725.pdf
16. Rodríguez Nahir, Hernández Rosa, Herrera Héctor, Barbosa Johanna y Hernández-Valera Yolanda. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. Caracas 1080-A, Venezuela. Invest. clín v.46 n.3 Maracaibo sep. 2005. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332005000300003
17. Román Meza Roxana y Quiroz Flores Liz. Situación sociofamiliar y valoración funcional de los adultos mayores atendidos en el centro de salud magdalena, 2012-2013. Artículo científico presentado en el V Simposio Jornada de investigación. Universidad Privada Norbert Wiener. 2012 – 2013. Pág. 27
18. Ruiz-Dioses Lourdes, Campos-León Marisela, Peña Nelly. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao

2006. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(4). Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>
19. Manayalle Polar, Paola María. Características del Estado Nutricional de los Adultos Mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque 2013. Tesis para optar el título de: Médico Cirujano. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo 2015. Disponible en :
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1188/3/Manayalle_pm.pdf
 20. Salgado, A., Guillén, F. y Ruipérez, I. Manual de Geriátría (3ª ed., reimp.) (p. 29-42). Barcelona (España): Elsevier Doyma, S. L. 2007
 21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de salud. Nutrición. Recuperado de <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>. 2011
 22. Organización Panamericana de la Salud. Planificación Local Participativa. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Washington: Editorial PALTEX. 1999.
 23. Sabartés, O. Factores de riesgo de malnutrición. En Rubio Herrera, M. A. (Ed.). Manual de alimentación y nutrición en el anciano (p. 31-38). Barcelona (España): MASSON. S. A. 2002
 24. Rueda Cabrera R, Gil Hernández A. Nutrición e inmunidad. En: Gil Hernández A, Dir. Tratado de Nutrición. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
 25. Gil Gregorio P, Ramos Cordero P, Cuesta Triana F, Mañas Martínez MC, Cuenllas Díaz, A, Carmona Álvarez I. Nutrición en el anciano. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Grupo ICM Comunicación; 2013.
 26. Ortega Anta, R. M., Rodríguez- Rodríguez E., Aparicio Vizuetete, A., Jimenez Oteaga A., Lopez Sobaler, A. (2009). Problemática nutricional en personas con sobrepeso/ obesidad.
 27. Serra Prat M, Fernández X, Ribó L, Palomera E, Papiol M, Serra P. Pérdida de apetito en ancianos no institucionalizados y su relación con la capacidad funcional. Med Clin (Barc) 2008; 130:531-533.
 28. Montejano Lozoya R. Evaluación de riesgo nutricional y de factores asociados en adultos mayores no institucionalizados en la provincial de

- Valencia. Universidad de Alicante, departamento de Enfermería.
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAAahUKEwjPs8m8rofJAhVDQSYKHUV-Amc&url=http%3A%2F%2Frua.ua.es%2Fdspace%2Fbitstream%2F10045%2F24431%2F1%2FTesis_R_Montejano.pdf&usg=AFQjCNEjpO1qox4fbvYY9aHp1uLZ-YKhGg&sig2=Bj137Wv6BC2OosK39XddLA
29. Serra Rexach, J.A y Cuesta Triana, F. Valoración geriátrica en SEMPE y SEGG (Eds) Valoración nutricional en el anciano.2007
 30. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001. Temas de salud. Nutrición. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
 31. Tena Davila, M. C. y Serrano Garijo, P (2002). Malnutrición en el anciano. En Salgado Alba, A., Salgado, A., Guillén, F. y Ruipérez, I. Manual de Geriátrica (3ª ed., reimp.) (p. 29-42). Barcelona (España): Elsevier Doyma, S. L. 2007
 32. Wander- Berghe, C. Valoración antropométrica. En SEMPE y SEEG (Eds). Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. 2007
 33. Berdasco Gomez, A. Evaluacion del estado nutricional del adulto mediante la antropometría. Rev Cubana Aliment Nutr, 16(2), pag 146-52. 2002
 34. Buckley Tucker, S. Nutrición durante el envejecimiento. En Tabloski, P.A (Ed.). enfermería Gerontología (2º ed.) (pp. 112 – 153). Madrid (España). Pearson Educación, S.A.
 35. Alemán – Mateo. H., Pérez Flores, F. A. Los indicadores del estado nutricional y el proceso de envejecimiento. Nutrición clínica, 6(1), 46-52.
 36. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Aspectos Subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. Invest y Educ Enferm 2003; 21(2): 80-91.
 37. Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de la personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
 38. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Aspectos Subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. Investigación y educ. Enferm 2003.
 39. Imbert Milán Liset Mailen. “EL ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR”. Disponible en:

[http://www.derechoycambiosocial.com/revista025/desproteccion
legal_del_adulto_mayor.pdf](http://www.derechoycambiosocial.com/revista025/desproteccion_legal_del_adulto_mayor.pdf)

40. Pereira Lopez Manuel. Familia y Adulto Mayor. Publicaso en Blog Instituto del Envejecimiento, 4 De Junio De 2012. Disponible En: <Http://lvenvejecimiento.Blogspot.Pe/2012/06/Familia-Y-Adulto-Mayor.Html>
41. Perlado Fernando. Teoría y práctica de la geriatría. Ediciones Díaz de Santos, S.A Madrid – España 1995. Pag 44
42. Rodríguez Hernández Mynor. La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica Vol. 8, No. 10-11, 2008 ISSN 1409-0112 31-39 Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamientoactual/article/download/4089/3916>.
43. Castanedo Pfeiffer Cristina, Sarabia Cobo Carmen María. Enfermería en el envejecimiento 2013. Tema 3. Cambio psicológico, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.cambios-psicologicos-sociales-y-familiares>
44. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Disponible en <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
45. Aristizábal G, Blando D, Sánchez A, Ostiguín R. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. México. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. [artículo en Internet]. [acceso 14 de setiembre de 2016]; 2011; Vol.8 (No.4): [P. 1-23]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
46. Alimentación y Nutrición. Disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114
47. Apace Toledo. Asociación de Ayuda a la Parálisis Cerebral "Virgen del Valle". Disponible en: http://apacetoledo.org/servicio_intervencion_socio_familiar.html

48. Dictionaries Oxford Language matters. Español. Disponible en: <http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/envejecimiento>
49. Diana Rodriguez. Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor. 8 de Abril de 2012
Disponible en: <https://prezi.com/0kuhb95vuiea/cuidado-de-enfermeria-al-adulto-mayor/>
50. Rivera Rodríguez René Francisco. Riesgos Sociales. Publicado: 28/07/2008.
<http://www.mailxmail.com/curso-riesgos-sociales/concepto>
51. Hernández, Fernández, y Baptista. Metodología de la investigación científica. México: Interamericana Editores. 2010.
52. Tamayo y Tamayo, Mario. El Proceso de la Investigación científica. Editorial Limusa S.A. México.1997.
<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/poblacion-y-muestra-tamayo-y-tamayo.html>.
53. Álvarez Cáceres, Rafael. Estadística aplicada a las ciencias de la Salud. Edición Díaz de Santos en España. 2007
54. Briones, Guillermo. Metodología de la investigación, Constructos, Variables e Hipótesis. Módulo de Investigación Social. ICFES. 1996
55. Silva Aycaguer L. Muestreo para la investigación en ciencia de la salud. Editorial: Díaz de Santos. 1993
56. Tiberius J. El Método Científico Global. 2ª edición. Editor Molwick. 2019
57. Ana González-Madroño. Control Nutricional (CONUT®), Blog sobre Control Nutricional de la Desnutrición Clínica. Publicado el 03/04/2011. Disponible en: <https://controlnutricional.wordpress.com/2011/03/04/el-mini-nutritional-assessment-mna/>
58. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de valoración clínica. disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo1.pdf> pag.8 (Ultimo acceso: 22 de mayo 2016).
59. Cabrera D, Menéndez A Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23(7): 434-440.
60. El Informe de Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Disponible en: <http://www.conbioetica->

mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._I_NTL_Informe_Belmont.pdf.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ Identificado con DNI N° _____ autorizo a las investigadoras para mi participación en el proyecto de investigación “Condición Nutricional y Sociofamiliar de los Gerontos que acuden al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Toribia Castro”.

Las investigadoras con este estudio pretenden identificar cual es el estado nutricional y sociofamiliar del Geronto; para que se tomen las medidas necesarias y posteriormente se tenga un mejoramiento de la situación encontrada. El participar en la investigación implica bajo riesgo porque no se realiza ninguna intervención clínica intencionada y la información obtenida será confidencial.

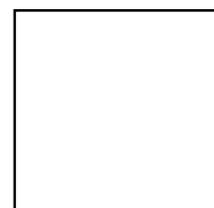
Puedo participar en entrevistas que realicen los investigadores y en otras acciones del proceso investigativo en que soliciten mi participación.

He sido informado que los datos que se obtengan de mi participación serán usados para los fines de esta investigación de manera reservada y confidencial.

Mi participación es voluntaria y puedo retirarme del proceso de investigación en el momento en que lo desee y no tendré ninguna consecuencia por así decidirlo.

De mi firma en constancia

FIRMA DEL PARTICIPANTE



INDICE DERECHO

TESTIGO

LUGAR Y FECHA: _____

ANEXO 2



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



CUESTIONARIO MINI NUTRIOTIONAL

ASSESSMENT (MNA)

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar cual es la condición nutricional del adulto mayor del Centro de Salud Toribia Castro- Lambayeque. La información brindada es estrictamente confidencial y con fines investigativos. Le agradezco su valiosa colaboración en el llenado de la misma

Instrucciones: A continuación se le realizara algunas preguntas, para lo cual solicitamos de su colaboración al contestar las preguntas con sinceridad.

Codigo:.....Edad:.....Sexo:.....Peso:.....Altura:.....Grado de instrucción:.....

CRIBAJE

1. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual
2. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso
3. Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

4. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
- 0 = sí
 - 2 = no
5. Problemas neuropsicológicos
- 0 = demencia o depresión grave
 - 1 = demencia moderada
 - 2 = sin problemas psicológicos
6. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
- 0 = IMC <19
 - 1 = 19 ≤ IMC < 21
 - 2 = 21 ≤ IMC < 23
 - 3 = IMC ≥ 23

Evaluación del Cribaje

12 – 14 ptos: Estado nutricional normal

8 – 11 ptos: Riesgo de Malnutrición

0 – 7 ptos: Malnutrición

EVALUACIÓN

7. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?
- 1 = sí
 - 0 = no
8. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?
- 0 = sí
 - 1 = no
9. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?
- 0 = sí
 - 1 = no

10. ¿Cuántas comidas completas toma al día?

0 = 1 comida

1 = 2 comidas

2 = 3 comidas

11. Consume el paciente

• ¿productos lácteos al menos una vez al día? Sí No

• ¿huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Sí No

• ¿carne, pescado o aves, diariamente? Sí No

12. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

0 = no

1 = sí

13. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)

0.0 = menos de 3 vasos

0.5 = de 3 a 5 vasos

1.0 = más de 5 vasos

14. Forma de alimentarse

0 = necesita ayuda

1 = se alimenta solo con dificultad

1 = se alimenta solo sin dificultad

15. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido?

0 = malnutrición grave

1 = no lo sabe o malnutrición moderada

2 = sin problemas de nutrición

16. ¿En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?

0.0 = peor

0.5 = no lo sabe

1.0 = igual

2.0 = mejor

17. Circunferencia braquial (CB en cm)

0.0 = $CB < 21$

0.5 = $21 \leq CB \leq 22$

1.0 = $CB > 22$

18. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = $CP < 31$

1 = $CP \geq 31$

Evaluación Global del Estado Nutricional

De 24 a 30 ptos: Estado nutricional normal

De 17 a 23.5 ptos: Riesgo de malnutrición

Menos de 17 ptos: Malnutrición

ANEXO 3



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



ESCALA DE VALORACION SOCIO- FAMILIAR DE GIJON

El presente cuestionario tiene el propósito de conocer cuál es la condición sociofamiliar del adulto mayor que acude al Centro de Salud Toribia Castro-Lambayeque

Instrucciones: A continuación se le se le hará unas preguntas y usted debe responder con sinceridad, marcando con una aspa (x) la respuesta que usted crea conveniente

Código:.....

A. SITUACION FAMILIAR

1. Vive con familia, sin conflicto familiar
2. Vive con la familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica
3. Vive con cónyuge de similar edad
4. Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima
5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)

B. SITUACION ECONOMICA

1. Dos veces el salario mínimo vital
2. Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3. Un salario mínimo vital
4. Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5. Sin pensión, sin otros ingresos.

C. VIVIENDA

1. Adecuada a las necesidades
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)
3. Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)
4. Vivienda semi construida o de material rustico
5. Asentamiento humado (invasión) o sin vivienda.

D. RELACIONES SOCIALES

1. Mantiene relaciones sociales con la comunidad
2. Relación social solo con la familia y vecinos
3. Relación social solo con la familia
4. No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5. No sale del domicilio y no recibe visitas

E. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)

1. No necesita apoyo
2. Requiere apoyo familiar o vecinal
3. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social
4. No cuenta con Seguro Social
5. Situación de abandono familiar

Resultado:

5 a 9 pts: Buena/ aceptable situación social

10 a 14 pts: Existe riesgo social

≥ 15 pts: Existe problema social