



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

TESIS

**ESTADO NUTRICIONAL Y ESTILO DE VIDA
EN EL ADULTO MAYOR EN UNA ZONA
RURAL DE LA VICTORIA, 2018**

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

Autor:

Bach. Collazos Navarro Luz Guisela

Asesor:

Dra. Gálvez Díaz Norma Del Carmen

Línea de Investigación:

Enfermería, interculturalidad y sociedad

Pimentel – Perú

2018

ESTADO NUTRICIONAL Y ESTILO DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN
UNA ZONA RURAL DE LA VICTORIA, 2018

Presentada por la Bach Collazos Navarro Luz Guisela para optar el título de Licenciada en
Enfermería de la Universidad Señor de Sipán.

Aprobado por los miembros del Jurado de Tesis:

Dra. Sáenz Calvay Nelly
Presidenta

Mg. Huiman Marchena Rosalía Del Pilar
Secretaria

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen
Vocal

DEDICATORIA.

- *A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.*

-

Luz Guisela

AGRADECIMIENTO

- *A Dios Todopoderoso por haberme dado la vida y permitirme seguir creciendo como persona y profesional.*
-
- *A mi asesora de Tesis: Dra Norma Gálvez Díaz, por guiarme en cada momento de la investigación y porque gracias a su experiencia he podido también mejorar la investigación hasta llegar a su publicación.*
- *A los Jurados de Tesis, porque gracias a sus aportes han permitido que se mejore la investigación y sea aprobado para ser sustentada.*
- *Al Director Dr German Peleas Angulo por permitirme ingresar a la institución y recoger datos que nos permite elaborar los resultados de la investigación según los objetivos.*
- *A todos los adultos mayores que participaron en la investigación.*

Luz Guisela

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCION:.....	8
1.1. Realidad Problemática.	9
1.2. Trabajos previos.....	10
respecto a higiene personal.....	15
1.3. Teorías relacionadas al tema.	16
1.4. Formulación del problema.	29
1.5. Justificación e importancia del estudio.	29
1.6. Hipótesis.....	30
1.7. Objetivos.	30
1.7.1 Objetivo general.....	30
1.7.2 Objetivos específicos.....	30
II. MATERIAL Y MÉTODO	31
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.	31
2.2 Población y muestra.	32
2.3 Variables, Operacionalización.....	33
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	35
2.5 Procedimiento de análisis de datos.	36
2.6 Aspectos éticos.	36
2.7 Criterios de rigor científico	36
III. RESULTADOS.....	38
3.1. Tablas y Figuras	38
3.2. Discusión de resultados.....	44
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
Recomendaciones.	49
Referencias.	50
ANEXOS:.....	58

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo. Determinar la relación que existe entre el estado nutricional y estilo de vida en el adulto mayor en una zona rural de La Victoria, 2018. Fue de tipo cuantitativa, descriptivo, correlacional, diseño no experimental. La población está conformada por 173 Adultos Mayores, el criterio de inclusión Adultos Mayores pertenecientes al programa Adulto Mayor, Adultos mayores en etapa activa que desean participar de ambos sexos del Centro de Salud el Bosque La Victoria. Las bases teóricas se sustentan en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. Dicho Modelo surge como un medio para integrar la ciencia de enfermería en la conducta, identificar los factores que influyen en el comportamiento saludable, además de ser una guía para explorar el proceso biopsicosocial que motiva a las personas a involucrarse en conductas de salud. La recolección de datos se realizó mediante una encuesta y guía de valoración nutricional, validada por tres expertos. Los resultados obtenidos mostraron que el 79.8% presenta un IMC normal, el 77.5% de los adultos mayores manifestó que camina 30 minutos una vez al día, el estado nutricional y el estilo de vida, se encuentran asociados o relacionados. Considerando $p = 0.001$. Estos resultados son el reflejo del profesional de enfermería que se involucra en el cuidado del adulto mayor mediante la educación y promoción de la salud.

Palabras clave: Estado nutricional, estilo de vida, adulto mayor.

ABSTRACT

The present research study was aimed at. Determine the relationship between nutritional status and lifestyle in the elderly in a rural area of La Victoria, 2018. It was quantitative, descriptive, correlational, non-experimental design. The population is made up of 173 Older Adults, the criterion of inclusion of Elderly Adults belonging to the Elderly Program, Elderly in active stage who wish to participate in both sexes of the La Victoria Forest Health Center. The theoretical bases are based on the Health Promotion Model of Nola J. Pender. This Model emerges as a means to integrate the science of nursing into behavior, identify the factors that influence healthy behavior, as well as being a guide to explore the biopsychosocial process that motivates people to become involved in health behaviors. The data collection was carried out through a nutritional assessment survey and guide, validated by three experts. The results obtained showed that 79.8% have a normal, 77.5% of older adults said they walk 30 minutes once a day, nutritional status and lifestyle, are associated or related. Considering $p = 0.001$. These results are the reflection of the nursing professional who is involved in the care of the elderly through education and health promotion.

Key words: Nutritional status, lifestyle, older adult.

I. INTRODUCCION:

En nuestro país tiene una tasa de envejecimiento acelerado que se desarrolla en un contexto social particular y con una transición epidemiológica que muestra un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El año 2012 la población peruana proyectada ascendía aproximadamente a 30 millones de habitantes, correspondiendo el 9,2% de ella los adultos mayores. La velocidad con que crece este grupo poblacional duplica el ritmo de crecimiento de la población total, estimándose que para el año 2025, la población adulta mayor alcanzará casi cuatro millones y medio de habitantes y para el año 2050 serán alrededor de 9 millones².

En Lima-Perú, en el año 2015, Carolina Tarqui- Mani¹², realizó la investigación sobre de anemia y factores asociados en los adultos mayores del Perú, tuvo como objetivos: Determinar la prevalencia de anemia y factores asociados en los adultos mayores del Perú. El método: Se realizó un estudio transversal durante el año 2011. El muestreo fue probabilístico, estratificado y multietápico. La muestra de viviendas fue 5792 y se incluyó 2172 adultos mayores.

Obteniendo como resultado que la prevalencia de anemia fue 23,3%. La edad de 70 a 79 años. Los departamentos con mayor prevalencia de anemia fueron Ayacucho (57,6%), Ancash (40,1%), Lambayeque (37,7%) y Apurímac (36,9%). Se concluye que aproximadamente la cuarta parte de los adultos mayores tuvieron anemia, siendo más predominante en los analfabetos, procedentes de áreas rurales y pobres. La mayor edad y la delgadez se asocian con la presencia de anemia en los adultos mayores peruanos¹².

La investigación fue cuantitativa, porque según Hernández Sampieri cada etapa precede a la siguiente y no puede “brincar o eludir” En el enfoque cuantitativo los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio de un estudio. Además, las hipótesis establecen, antes de recolectar y analizar los datos²⁸.

La presente investigación está basada en la teórica Nola J. Pender, con su Modelo de Promoción de la Salud. Dicho Modelo surge como un medio para integrar la ciencia de enfermería en la conducta, identificar los factores que influyen en el comportamiento saludable, además de ser una guía para explorar el proceso biopsicosocial que motiva a las personas a involucrarse en conductas de salud.

Pender se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud

1.1. Realidad Problemática.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado a través de un informe que entre 2000 y 2050 se duplicará la población de adultos mayores de 60 años, pasando del 11 al 22 por ciento. Estos mayores pasarán de 605 millones a 2 mil millones en el transcurso de medio siglo. Según la OMS 1900 millones de adultos tienen sobrepeso o son obesos, mientras que 462 millones de personas tienen bajo peso¹.

Nuestro país tiene una tasa de envejecimiento acelerado que se desarrolla en un contexto social particular y con una transición epidemiológica que muestra un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El año 2012 la población peruana proyectada ascendía aproximadamente a 30 millones de habitantes, correspondiendo el 9,2% de ella los adultos mayores. La velocidad con que crece este grupo poblacional duplica el ritmo de crecimiento de la población total, estimándose que para el año 2025, la población adulta mayor alcanzará casi cuatro millones y medio de habitantes y para el año 2050 serán alrededor de 9 millones².

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Esta población tiene mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, problemas masticatorios y de deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas, depresión³. Las anormalidades de esta condición son consideradas desnutrición, el sobrepeso y la obesidad se asocian a un mayor riesgo de morbimortalidad, mayores tasas de infección, aumento del número de caídas y fracturas, estancias hospitalarias más prolongadas, así como, empeoramiento de las enfermedades agudas o crónicas y un deterioro general de la calidad de vida⁴.

Se describen prevalencias de malnutrición de 23 a 62% en pacientes hospitalizados, 85% en casas de reposo, y mayor de 15% en la comunidad. En el 2012 en nuestro país, revela que en 26,3% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico⁴. Los adultos mayores fueron evaluados a través del índice de masa corporal (IMC) según la clasificación de la OMS, encontrándose que presentaban exceso de peso (sobrepeso u obesidad) los varones en 25,7% y las mujeres en 38,4%; el 39,4% pertenecía

a la zona urbana y el 11,9 a la zona rural, el 37,5% de los que tenían exceso de peso eran no pobres⁵.

Estos trastornos encontradas en la población adulta mayor, consideramos que esta condición debe ser incorporada dentro de la valoración geriátrica integral, entendiendo ella como el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario que permite identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar su calidad de vida⁶.

Si bien es cierto que existe el programa adulto mayor (PAM) que beneficia a la comunidad⁷, es preciso señalar que no existen programas dirigidos a las necesidades alimenticias específicas de éste grupo poblacional. Es importante difundir mayor información y educación en materia de hábitos alimentarios, actividad física, que hoy en día es una prioridad urgente para los adultos mayores y así prevenir enfermedades no transmisibles y dar respuesta a las necesidades específicas del adulto mayor en el centro de salud el Bosque – Victoria.

1.2. Trabajos previos.

En la búsqueda de las investigaciones realizadas en los diferentes contextos internacionales, nacional y local se ha podido encontrar los siguientes hallazgos del tema a investigar:

A nivel internacional en Madrid – España en el año 2014 Elizabeth Pérez Cruz⁸ realizó una investigación sobre la desnutrición y la depresión de los adultos mayores, su objetivo fue determinar la prevalencia de desnutrición y depresión en adultos mayores. El método que se utilizó fue un estudio transversal que se realizó en población geriátrica de la consulta externa de un Hospital Público de referencia de Alta Especialidad de la Ciudad de México. La depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Obteniendo como resultado que el 15,5% de la población se clasificó con adecuado estado nutricional, el 72,2% con riesgo de desnutrición y 11,3% con desnutrición. La prevalencia de depresión fue de 63,9%, reveló que la depresión y el sexo masculino son factores predictores

independientes de desnutrición llegando a concluir que la depresión y el sexo masculino están fuertemente asociados con el riesgo de desnutrición en los adultos mayores.

En la ciudad de Chile – Chillan, en el año 2016 Varón V, Rodríguez A, Chavarría P⁹. Realizaron una investigación sobre los hábitos alimentarios, estado nutricional y estilo de vida en los adultos mayores activos en la ciudad de Chillan. Tuvo como objetivo determinar hábitos alimentarios, estado nutricional, actividad física y estilo de vida de AM activos pertenecientes a 3 grupos organizados de la comunidad de Chillán. Estudio cuantitativo de corte transversal con una muestra de 183 AM. Los hábitos alimentarios y la actividad física se evaluaron mediante una encuesta .La evaluación del estado nutricional mediante antropometría e IMC mediante una guisa de valoración. Los datos fueron analizados con estadística, y con la prueba de chi-cuadrado en el programa. El estado nutricional muestra que tanto en hombres como en mujeres predomina el normal peso (57,3 y 53,7%), seguido de sobrepeso (38,1 y 30,2%) y obesidad (4,8 y 16,1), respectivamente. Respecto a la ingesta de agua, el 46% consumía 6 a 8 vasos al día. En relación a la actividad física el 93% refiere hacer algún tipo de actividad, como yoga, gimnasia, baile entretenido y caminar al menos 30 minutos al día. Al evaluar el estilo de vida, el 96% clasificó con consumo de frutas fue 56% 1 a 2 porciones y 44%, 2 a más. El 78% de los adultos mayores respondió que consume verduras una vez al día, el 12.1% manifestó que dos veces al día, el 1.2% tres veces, y el 8.7% indicó que no consume. El consumo de verduras revela que el 17% cumple recomendación de 2 a 3 porciones diarias, el 83% restante consume 1 a 2 porciones.

En el sur de Brasil en el año 2016 Fhaira Petter da Silva¹⁰, realizó una investigación, sobre los cambios en algunas funciones fisiológicas, como la pérdida del olfato o gusto o pérdida de apetito en los adultos mayores, estudio tuvo como objetivo evaluar el consumo de alimentos de los ancianos y de los ancianos más longevos en una ciudad del sur de Brasil. El método, es un estudio transversal realizado mediante visitas a domicilio en Palmeira das Missões - RS, Brasil. Los datos sociodemográficos, antropométricos y dietéticos fueron recogidos a través de cuestionarios y recordatorio de 24 horas. La adecuación de nutrientes se evaluó de acuerdo con las ingestas de referencia en la dieta. Los datos fueron analizados utilizando el software SPSS 18.0. Obteniendo el resultado estudio que incluyó a 424 adultos mayores, el 84.4% (n = 358) de ellos menores de 80 años y el 15.6% (n = 66) con más de 80 años. El consumo de vitaminas y minerales ha sido insuficiente en todos los

adultos mayores, llegando a la conclusión que mayoría de los estudios con personas mayores corrobora los resultados obtenidos en este artículo. Una ingesta inadecuada de nutrientes puede dar lugar a deficiencias nutricionales y, por lo tanto, a cambios fisiológicos y patológicos que pondrían en peligro la capacidad funcional de los ancianos. El consumo de energía y de macronutrientes resultó insuficiente tanto para los ancianos como para los ancianos más longevos. Además, el consumo de vitaminas y minerales.

Madrid-España en año 2014 A. Raimunda Montejano Lozoya¹¹, realizó una investigación sobre los factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados, tuvo como objetivo Determinar factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. El método utilizado es un estudio transversal realizado en 660 adultos mayores autónomos, no institucionalizados. Los participantes fueron evaluados en 12 centros sociales (provincia de Valencia). Se usa el índice de masa corporal para la valoración nutricional y se recogen factores asociados al estado nutricional en una encuesta. Obteniendo como resultado de los 660 sujetos estudiados, el 48,33% son hombres y el 51,67% mujeres, la edad media es de 74, a 57 años. El 23,33% presentan riesgo de malnutrición. Los factores independientes asociados al riesgo de malnutrición, no poseer estudios 2,29%, sentir soledad 2,34%, mantener dietas controladas 0,55%, un apetito escaso 2,56%, número de fracciones en la ingesta diaria 0,66%, tener dificultades para deglutir 2,30%, el número de enfermedades crónicas 1,38% y haber sufrido enfermedades agudas en el último año 2,03%. Un incremento en el (IMC) se asocia a un buen estado nutricional 0,85%. Estos factores nos han permitido clasificar correctamente a un 80% de los pacientes encuestados. Llegando a conclusión, que tener numerosas enfermedades crónicas, haber sufrido enfermedades agudas recientes, mantener dietas sin control y tener dificultad para deglutir, comer pocas veces al día y con escaso apetito, sentirse solo y no tener estudios son factores que, permiten predecir el riesgo de malnutrición en los adultos mayores.

En la ciudad de Cuenca-Ecuador en el año 2014 Tannia Elizabeth Quiroga Torres¹² realizó, una investigación sobre la valoración de pruebas diagnósticas de desnutrición en pacientes adultos, Hospital IEISS, Cuenca. Su objetivo es, valorar las pruebas diagnósticas de desnutrición en pacientes adultos ingresados en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en la ciudad de Cuenca, de enero a agosto de 2014. Su método que

realizo fue estudio no experimental, observacional analítico de tipo transversal, durante los meses de enero a agosto de 2014. El universo estuvo formado por 138 pacientes internados con edades entre 60 a 72 años, con diagnóstico definido, historia clínica abierta y que firmaron el consentimiento informado. Se calculó la sensibilidad y especificidad en pruebas diagnósticas de desnutrición. Obteniendo como resultados, que la valoración global subjetiva diagnosticó desnutrición o riesgo de desnutrición en el 52% de los pacientes. El Índice de Masa Corporal fue de 7,9% de desnutrición. El área muscular corregida del brazo fue de 36%. El porcentaje de masa magra fue de 51% y la circunferencia de la pantorrilla fue de 7,2%. Se encontró hipoalbuminemia en el 31,8% de pacientes y linfopenia en el 32,4%. Llegando a la conclusión, que la valoración global subjetiva (VGS) fue la prueba estándar para diagnóstico de desnutrición hospitalaria. La utilización de pruebas diagnósticas sensibles y específicas sería útil en la toma de medidas respectivas a la intervención, así como para evitar complicaciones hacia la enfermedad base.

A nivel nacional en Lima-Perú, en el año 2015, Carolina Tarqui-Mani¹³, realizó la investigación sobre de anemia y factores asociados en los adultos mayores del Perú, tuvo como objetivos: Determinar la prevalencia de anemia y factores asociados en los adultos mayores del Perú. El método: Se realizó un estudio transversal durante el año 2011. El muestreo fue probabilístico, estratificado. La muestra de viviendas fue 5792 y se incluyó 2172 adultos mayores. Se definió anemia como hemoglobina <13,0 g/dL en hombres y <12,0 g/dL en mujeres. El estado nutricional se evaluó mediante el (IMC) clasificándose como delgadez ($IMC \leq 23,0$), normal ($IMC > 23$ a < 28), sobrepeso ($IMC \geq 28$ a $< 32,0$) y obesidad ($IMC \geq 32$). El análisis estadístico se realizó por muestras complejas y se ajustó por factor de ponderación. Se calcularon las medias, proporciones, chi cuadrado y regresión logística. Los resultados demuestran el promedio de hemoglobina fue $13,4 \pm 1,6$ g/dL. La prevalencia de anemia fue 23,3% (Leve: 17,1%; moderada: 5,7% y severa: 0,5%). La edad de 70 a 79 años. Los departamentos con mayor prevalencia de anemia fueron Ayacucho (57,6%), Ancash (40,1%), Lambayeque (37,7%) y Apurímac (36,9%). Se concluye que aproximadamente la cuarta parte de los adultos mayores tuvieron anemia, siendo más predominante en los analfabetos, procedentes de áreas rurales y pobres. La mayor edad y la delgadez se asocian con la presencia de anemia en los adultos mayores peruanos.

En la ciudad de Arequipa-Perú, en el año 2015, Dennise Michel Copacandori Quispe¹⁴, realizó una investigación, sobre la relación del estado nutricional con los principales factores de agilización de los adultos mayores que asisten a los clubes de la tercera edad de los centros de salud del distrito de alto selva alegre. El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre el estado nutricional y los principales factores de fragilización, hábitos alimentarios, nivel socioeconómico, nivel de actividad física, nivel de depresión y estado de salud oral de los adultos mayores que asisten a los clubes de la tercera edad de los centros de salud del distrito de Alto Selva Alegre - Arequipa 2015. Se realizó un estudio descriptivo con diseño correlacional y corte transversal, la muestra estuvo conformada por 97 adultos mayores entre 60 y 80 años de edad. Para la determinación de los hábitos alimentarios se utilizó una encuesta validada por docentes de la escuela de Ciencias de la Nutrición de la Universidad Nacional de San Agustín. La valoración del nivel socioeconómico se realizó mediante la escala de Estratificación de GRAFF AR modificada por Méndez-Castellano. El nivel de actividad física se evaluó de acuerdo a la escala de evaluación rápida del nivel de actividad física de adultos mayores (RAPA). Mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage se determinó el nivel de depresión y el estado de salud oral se evaluó mediante el índice de valoración de salud oral en geriatría (GOHAI). El análisis de los datos se realizó con el programa (SPSS) versión 22.0, para buscar la relación se empleó la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Obteniendo como resultado que el 73,2% de los adultos mayores que asisten a los clubes de la tercera edad del distrito de Alto Selva Alegre tiene un estado nutricional normal, 25,8% riesgo en desnutrición y solo 1,0% malnutrición, Con respecto a los hábitos alimentarios se encontró que el 81,4% de los adultos mayores que asisten a los clubes de la tercera edad del distrito de Alto Selva Alegre tienen hábitos alimentarios no saludables y el 18,6% hábitos alimentarios saludables. El nivel socioeconómico de los adultos mayores que asisten a los clubes de la tercera edad se demostró que el 52,6% se encuentra en estrato bajo, 28,9% estrato medio bajo, el 10,3% estrato pobreza extrema, un 7,2% en estrato medio alto. Se llegando a la concluir que más del 50% los adultos mayores no se alimentan bien debido a que se encuentra en estrato bajo socioeconómico.

A nivel local en el Departamento de Lambayeque-Perú en el año 2015 Paola María Manayalle Polar¹⁵, realizó una investigación sobre características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región Lambayeque 2013, tuvo como objetivo establecer las características del Estado Nutricional de los

Adultos Mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la Región Lambayeque y su asociación con las características socioeconómicas-demográficas. Material y métodos, es un estudio descriptivo, transversal y prospectivo; se incluyeron 208 personas de 60 años a más pertenecientes a los Centros del Adulto Mayor, mediante un muestreo obtenido con el programa estadístico EPIDAT 3.1, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia; se aplicó una escala socioeconómico adaptado a la población lambayecana. Obteniendo como resultado, 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 , comidas diarias un 53.30%, disminución del apetito en 24%, consumo de < 5 vasos de agua en 66.80%. Llegando a la conclusiones, que el 2.4% de adultos mayores identificados con malnutrición tiene polimedicación, enfermedad aguda o estrés psicológico y demencia o depresión. El nivel socioeconómico de ellos es entre Bajo Superior

A nivel local en Chiclayo-Perú, en el Centro de Salud Quiñones, en el año 2013 Agurto Ramírez¹⁶, realizó una investigación sobre los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del Centro de Salud Quiñones, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al Programa del adulto mayor. La población estuvo conformada por los adultos mayores que asisten al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Quiñones, la muestra fue por 120 adultos mayores, sin exclusión de ningún adulto. En la actividad física se encontró que los adultos mayores no realizan ejercicio físico 65%, siendo mayor en los hombres 75%. En los hábitos alimenticios, se encontró que los adultos mayores mantienen prácticas nutricionales no saludables, predominando la poca ingesta de líquidos, una alimentación rica en grasas y consumo de sus comidas fuera de sus horarios. 65% y 63.3% respectivamente. En automedicación con un 61.7%. En los hábitos de higiene encontramos que la mayoría de los adultos mayores de ambos sexos practican en alto porcentaje conductas saludables con respecto a higiene personal.

En Chiclayo – Lambayeque-Perú, en el año 2014, Chávez Quispe Orlando¹⁷, realizó una investigación, sobre estado nutricional de los adultos mayores, del Asilo Hogar de Ancianos de Chiclayo. Tuvo como objetivo determinar el estado nutricional de los adultos mayores del asilo hogar de ancianos de Chiclayo. Utilizando como método. Un estudio de tipo cuantitativo – descriptivo y de diseño no experimental de corte transversal. La técnica

empleada fue la encuesta. La población estuvo conformada por 70 adultos mayores y la muestra representada por 50 adultos mayores entre hombres y mujeres. El análisis de datos se realizó utilizando el Programa EXCELL y el análisis estadístico mediante el Software SPSS. Tuvo como resultados: Que el 16% de los adultos mayores se encuentra en un estado nutricional normal, el 42% en riesgo de malnutrición y con igual porcentaje de 42% en malnutrición. Llegando a las conclusiones: Existe una alta incidencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en los adultos mayores del Asilo Hogar de Ancianos de Chiclayo. Confirmándose la necesidad intervenir y realizar rutinariamente evaluación del estado nutricional de los adultos mayores.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

Luego de haber realizado la búsqueda de antecedentes en las diferentes bases de datos y para una mejor comprensión de las variables en estudio. Se cita a la autora que dará fundamento teórico a la investigación. Así haremos mención a Nola Pender con su teoría denominada Modelo de Promoción de la Salud (OMS).

El trabajo de investigación está basado en la teórica Nola J. Pender, con su Modelo de Promoción de la Salud. Dicho Modelo surge para integrar la ciencia de enfermería en la conducta, identificar los factores que influyen en el comportamiento saludable, además de ser una guía para explorar el proceso biopsicosocial que motiva a las personas a involucrarse en conductas de salud.

Pender se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud¹⁸.

Este modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. La autora define promoción de la salud como, aquellas actividades relacionadas con el desarrollo de recursos que mantienen o mejoran el bienestar de la persona; enfatiza que se encuentra motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano. Asimismo, define el término salud, como un estado altamente positivo¹⁹.

Nola Pender también conceptualiza a la promoción de la salud como un modelo estratégico que involucra a las personas, familias y comunidades en un proceso orientado al fortalecimiento de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida. Además, considera a la promoción de la salud como un proceso que proporciona a la población los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Y que para poder alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, una persona o grupo debe ser capaz de identificar, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades¹⁸.

La investigadora sostiene que la salud es un proceso social, en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar. La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto, la salud es integral y no solo la ausencia de la enfermedad. Este modelo de promoción de la salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

El Modelo de Promoción de la Salud expone 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 Salud. 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 personales¹⁸.

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. Estos factores personales biológicos incluyen pero no están limitados a variables tales como edad, sexo, índice de masa corporal, fuerza, agilidad, o equilibrio. Los factores personales psicológicos incluyen variables como la autoestima, automotivación, estado percibido de salud y definición de salud¹⁸.

Tales factores pueden influir en el comportamiento, pero no son modificables por el profesional de enfermería, por ejemplo los biológicos o socioculturales. En conclusión, los factores personales pueden influir en cogniciones, afecto y comportamientos de salud, algunos factores personales no pueden ser cambiados; por lo tanto, no pueden ser incorporados como variables para modificación en las intervenciones de enfermería. Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta¹⁹.

Pender constituye un punto crítico para la intervención, debido a que están sujetos a modificación por medio de las acciones de enfermería. La medición de cambio en estas variables es esencial para determinar si tales cambios realmente resultan de la intervención y, a su vez, influyen en la ocurrencia de comportamientos para la promoción de salud. Comprende seis conceptos²⁰:

El primer concepto corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud. Para Pender estos beneficios contribuyen en un 61% en comportamientos de salud. Tal supuesto se basa en la teoría expectativa - valor, en la que expresa que la importancia motivacional de beneficios esperados se basa en los resultados personales de previas experiencias directas con el comportamiento por medio del aprendizaje basado en la observación de otros participando en el comportamiento²⁰.

La investigadora considera que para que el adulto mayor autovalente logre percibir resultados positivos (beneficios de la acción), el profesional de enfermería del primer nivel de atención, durante su accionar con este grupo etario debe desempeñar un rol dinámico; pues este cambia a medida que suple las necesidades de la población. Refiere también que el primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, fomento y desarrollo de salud de la persona y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. El enfermero desempeña entonces un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje, y para que se produzca un cambio, la persona debe ser participante activo en estos cuidados.

El segundo concepto se refiere a las barreras percibidas para la acción, estas son las acciones que afectan las intenciones de participar en un comportamiento en particular y la ejecución real del comportamiento. Este supuesto afecta en 79% a los comportamientos

para la promoción de salud, estas barreras pueden ser reales o imaginarias; están relacionadas a las percepciones referentes a la falta de disponibilidad, inconveniencia, costo, dificultad o naturaleza de tiempo necesario para una acción en particular. Las barreras a menudo son vistas como los bloqueos, obstáculos, y costo personal para la participación en un comportamiento dado²⁰.

Las barreras usualmente provocan motivos para la evitación en relación a un comportamiento en particular, pero no es necesariamente determinante a evitar una acción, por ejemplo, el no realizar actividad física o la deficiente ingesta de frutas y verduras por el poco tiempo disponible o escasos recursos económicos que dispone el adulto mayor, son barreras personales percibidas en la adopción de conductas determinadas; sin embargo, es ahí, donde el profesional de enfermería debe adoptar medidas que contribuyan a minorar estas barreras. En definitiva, cuando la motivación para actuar es baja y las barreras altas, es poco probable que ocurra la acción, sin embargo cuando la motivación para actuar es alta y las barreras bajas, la probabilidad de acción es mayor²⁰.

El tercer concepto es la autoeficacia percibida, uno de los conceptos más importantes porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. No se preocupa por la habilidad que uno tiene sino por la evaluación de lo que uno puede hacer con la habilidad que uno tenga²⁰.

Las evaluaciones de la eficacia personal se distinguen de los resultados esperados, porque la autoeficacia percibida es una evaluación de las habilidades personales de lograr un cierto nivel de cumplimiento, mientras tanto la expectativa de resultado es la evaluación de una consecuencia probable (beneficios, costos) de comportamientos¹⁹. En conclusión, entre más positivo el afecto, mayor la percepción de eficacia, entonces la autoeficacia se propone como influencia en las barreras percibidas en acción, con mayor eficacia, resultando en menor percepción de barreras en la elaboración del comportamiento meta.

En tercer concepto, la investigadora considera que desempeñar funciones en el primer nivel de atención, requiere que el enfermero demuestre un alto grado de profesionalismo, desarrollando competencias y habilidades, valores de solidaridad y respeto, ser una persona

digna de confianza, perseverante en su actuar, con una sólida formación humanista, acompañada de una buena dosis de sensibilidad social hacia los adultos mayores.

Para optimizar este accionar y actuar de los profesionales de enfermería, es imprescindible que ellos tomen conciencia sobre la responsabilidad que implica el ejercicio de la enfermería y los diversos roles que deben cumplirse al promocionar la salud de la persona en sus diferentes etapas de vida, entre ellas, la etapa de vida del adulto mayor. De esta manera, el adulto mayor se mostrará motivado al ejecutar conductas promotoras de salud, más aún si la propia familia participa, y logra eliminar ciertas barreras, como por ejemplo al brindar apoyo económico, para la compra de alimentos como frutas y verduras, o incentivando en la importancia de la actividad física.

El cuarto concepto es el afecto relacionado a la actividad, se relaciona con los sentimientos subjetivos, antes, durante y después de realizar una actividad, basado en las propiedades de estímulo, asociados con el evento de comportamiento. Las respuestas afectivas pueden ser leves, moderadas, o fuertes y están cognitivamente etiquetadas, almacenadas en memoria, y asociadas con pensamientos subsiguientes del comportamiento²¹.

El afecto relacionado a la actividad consta de tres componentes que se explicarán con la iniciativa del adulto mayor de formar parte del programa: El primer componente es la emoción e iniciativa que tuvieron los adultos mayores de integrar o formar parte del programa adulto mayor; el segundo componente es la auto actuación (relacionado a uno), es decir, la capacidad de cada adulto mayor para ejecutar acciones dirigidas al cuidado de su salud (autocuidado, estilos de vida saludables); y tercero la satisfacción de necesidades, en el cual toma lugar la acción (relacionado al contexto).

Estos sentimientos percibidos afectarán si un adulto mayor repite el comportamiento anterior nuevamente o mantiene el comportamiento actual a largo plazo. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, significando que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo²¹.

El quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos. Este concepto se encuentra relacionado con los factores

personales, está definido como condiciones relacionadas con los comportamientos, creencias o actitudes²⁰.

Las fuentes principales de influencia interpersonal sobre los comportamientos para la promoción de salud del adulto mayor es la familia (hijos, nietos, parientes), amistades y el equipo de salud, entre ellos, enfermería. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de gente significativa), apoyo social (motivación instrumental o emocional), y modelaje (aprendizaje vicario por medio de la observación de otros participando en un comportamiento en particular)²⁰.

Finalmente, el sexto concepto indica las influencias situacionales en el entorno, que pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. Estas influencias se relacionan con las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto, y pueden facilitar o impedir el comportamiento. Las influencias de situación sobre el comportamiento para la promoción de salud incluyen a las percepciones de opciones disponibles, características de demanda, y características estéticas del ambiente dentro del cual se propone que el comportamiento tome lugar¹⁹.

Para Pender las influencias de situación han sido conceptualizadas como influencias directas e indirectas sobre el comportamiento de salud, estas pueden afectar comportamientos directamente al presentar un ambiente cargado de pautas que motivan la acción. Por ejemplo, un ambiente con imágenes y frases relacionadas con la importancia de la actividad física y adecuada nutrición crea características de demanda para un comportamiento de iniciar o incrementar la actividad física y la ingesta de alimentos saludables¹⁸.

Las influencias de situación puede ser una clave importante para el desarrollo de estrategias nuevas y más efectivas para facilitar la adquisición y mantenimiento de comportamientos para la promoción de salud en poblaciones diversas²⁰.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso con un plan de acción¹⁷ (el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud), y que constituye el precedente para el resultado final deseado; es decir, para la Conducta Promotora de la Salud (el punto de mira o resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal o la vida productiva). En este

compromiso pueden influir además las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas²².

En síntesis, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, esta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Relacionando este modelo en la etapa de vida del adulto mayor, si bien este grupo etario tiene conductas aprendidas en el transcurrir de los años que no son fáciles de modificar; sin embargo, también cuentan con motivaciones diferentes y elementos capaces de influir en sus estilos de vida de manera oportuna y favorable¹⁸.

La exploración del Modelo de Promoción de la Salud ayuda a los profesionales de la salud, en especial al profesional enfermero, a apoyar la práctica de enfermería; y ser una propuesta para llevar a cabo intervenciones en el contexto de promoción de la salud relacionadas con el cambio de comportamiento y mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Para Nola Pender, enfermería se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. Asimismo, es a través de las intervenciones y estrategias de la enfermera que se logra comportamientos promotores de salud. En todas las sociedades, la importancia de la enfermería en la prestación de servicio de salud es indiscutible, siendo la salud pública uno de los ámbitos en que ha ahoyado un rol protagónico¹⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud (OPS), estos esfuerzos siempre se han caracterizado por su identificación cercana, de comprensión y confianza. Son los integrantes del equipo de salud que tal vez tienen menos distancia social respecto a las personas, porque su capacidad para comunicarse y aptitudes para entender aspectos culturales están muy desarrollados. Estas aptitudes facilitan la prestación de servicios de salud individuales como grupales²³.

Desde este punto de vista, la investigadora considera que existe la necesidad de que los profesionales de enfermería incrementen su participación activa, en el desarrollo de actividades educativas dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con la finalidad de proporcionar cuidados de enfermería de calidad. Tal situación

permitiría mejorar la calidad de vida de la persona mediante el seguimiento de estilos de vida saludables y de autocuidado que le permitan cumplir de manera consecuente con el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Los enfermeros del primer nivel de atención laboran en diversos ambientes, con personas, familias, grupos y la comunidad como un todo desempeñando un rol dinámico que cambia a medida que suple las necesidades de la población. Entre estas necesidades se encuentran la educación, promoción de la salud y la ejecución de programas de atención y prevención. Cabe destacar que en este ámbito el enfermero valora la diversidad y complejidad de los factores que influyen sobre la salud de la comunidad²³.

Para ello, debe realizar la valoración lo cual posibilita la elaboración de diagnósticos comunitarios. Tales diagnósticos son útiles para determinar el enfoque específico para la planeación de las intervenciones de enfermería. Por lo tanto, utiliza el proceso de cuidado en el desarrollo de sus actividades diarias como la educación para la salud mediante talleres y sesiones demostrativas, visitas domiciliarias, entre otras.

Cuando se habla de envejecimiento muchas de ellas parten de la consideración del envejecimiento como deterioro, pero existen otras aproximaciones al estudio del envejecimiento, como la que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que resalta la importancia de diferenciar entre envejecimiento como proceso o envejecimiento normal para referirse a los cambios biológicos universales que guardan relación con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno, y proceso de envejecimiento en el que cobran mayor importancia factores como efectos del ambiente, las enfermedades, el estilo de vida²⁴.

Para ello se podría decir que el envejecimiento se da en dos fases como lo es envejecimiento primario donde se habla como fenómeno universal e inevitable, que hace referencia a aquellos procesos de desarrollo biológico; genéticamente programado, que ocurren en todas las personas, y por otra parte se habla del envejecimiento secundario la cual describe los procesos de desarrollo que aumentan con la edad y que tienen que ver con los factores que se pueden controlar como por ejemplo (la práctica regular de ejercicios, el mantenimiento de una alimentación equilibrada, etc.) y con la influencia del ambiente. Por ende según la OMS ha fomentado la idea de envejecimiento activo con el propósito es que anime al proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida²⁴.

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 60 años y que finaliza con la muerte. Es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: " un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte".

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata²⁵.

Es importante hacer notar, que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice.

En el adulto mayor se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el adulto mayor ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el adulto mayor, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades²⁵.

Proceso de envejecimiento

El envejecimiento consiste, básicamente, en el deterioro progresivo de órganos y sistemas del cuerpo. Se refiere a los cambios degenerativos que alteran el funcionamiento de órganos vitales y terminan causando la muerte. Este proceso de envejecimiento depende de factores intrínsecos al individuo o endógenos y factores ambientales o exógenos a él.

Lo que afecta afecta no es la conducta cotidiana del organismo con su medio, sino sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse a una situación insólita tanto de origen biológico, psicológico y social²⁵.

Etapas en la que se observó los siguientes cambios:

CAMBIOS BIOLÓGICOS

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una etapa final sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano²⁵.

Problemas de irrigación sanguínea: La caja torácica se vuelve más rígida, con la que a su vez disminuye la capacidad respiratoria. Disminuye el ritmo cardiaco, aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo debido a la disminución del volumen de contracción del corazón²⁵.

La sexualidad: La atrofia de las glándulas sexuales no significa que desaparezca la actividad sexual normal, como se ha creído erróneamente²⁵.

Los sentidos: En el plano funcional de los procesos sensoriales, el ojo y el oído son los órganos que antes envejecen es por ello que existe una precoz limitación de sus funciones.

CAMBIOS SOCIALES

Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales. Esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos²⁵.

El desplazamiento social - la jubilación.: Una de las crisis, consiste en la pérdida del papel social y familiar que representa la jubilación. Ello supone a menudo, junto a la pérdida de índole económica, la privación de status social y prestigio. Cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación. Para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, pero para otros supone el comienzo de su final²⁵.

El sentimiento de inutilidad A medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos. Ese deterioro le conduce inexorablemente a la

pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene²⁵.

La soledad: Es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser mortal cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo; o real, cuando los ancianos no tienen con quien compartir su vida²⁵.

Cambios psicológicos: El periodo involutivo se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento²⁵.

Adaptación psicológica: Las diversas aptitudes cognoscitivas del individuo se ven afectadas en distinta medida en el proceso de envejecimiento. El descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psicosociales desfavorables²⁵.

La memoria: Es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones²⁵

Estilos de vida: El estilo de vida es el conjunto de conductas, hábitos o comportamientos de salud de los adultos mayores referentes a su nutrición, actividad física, la manera de relacionarse con los demás, manejo de tensiones y su responsabilidad por la salud²⁶.

Nutrición: La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud²⁷. El estado 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. La evaluación del estado nutricional será por tanto 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 afectar. Si estado nutricional adecuado del adulto mayor contribuye al mantenimiento de las funciones corporales, sensación de bienestar y a la calidad de vida; por el contrario un estado nutricional inadecuado contribuye a la morbilidad asociado a enfermedades crónicas y mayor mortalidad²⁸.

La Malnutrición se define como la alteración de la composición corporal por privación absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75: pérdida involuntaria de peso >4% anual o > 5kg semestral, índice de masa corporal < 22, hipoalbuminemia, colesterolemia (en el caso de ancianos en la comunidad); pérdida de peso > 2,5kg mensual o 10% en 180 días, ingesta < 75% en la mayoría de las comidas (en el caso de ancianos institucionalizados)²⁹.

La etiología de la malnutrición en el anciano es compleja y depende de la confluencia de varios factores: Cambios fisiológicos del envejecimiento que es la reducción de la masa magra, aumento de la masa grasa, disminución del gusto por pérdida de papilas y el olfato, reducción en la secreción de saliva y secreción gástrica, disminución de la absorción de vitamina D, y el predominio de hormonas anorexígenas²⁹.

La dependencia en actividades instrumentales por alteración física, tenemos sensorial, psíquica y social. En el entorno físico; la comida es un acto social placentero, hay que cuidar la presentación de los platos ofreciendo variedad de menús; alimentos identificables por la vista, color y olor; varias comidas al día de varios platos. El lugar donde se come debe resultar agradable, con compañía' incluso participando en la elaboración de algunas comidas o en la elección de menús. Si se padece de enfermedades cuyo tratamiento obliga a restricciones y modificaciones en la dieta habitual: diabetes, hipertensión, dislipidemias, insuficiencia hepática o renal³⁰.

Presencia de síntomas desencadenados por la ingesta; dolor, náuseas y vómitos, atragantamiento, diarrea, estreñimiento, Infecciones y enfermedades crónicas, insuficiencia cardiaca severa, bronquitis crónica severa, artritis reumatoide, tuberculosis. Dentro de alteraciones bucales esta pérdida de piezas dentarias, boca seca, candidiasis, aftas. La alteración de musculatura oro faríngea (ictus, demencia, parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedades del esófago, laringe, faringe y cavidad oral) que condiciona incapacidad para masticar o tragar ciertos alimentos (verduras crudas, carne, líquidos)³⁰.

Las enfermedades digestivas, hepáticas, pancreáticas y biliares. El Hipermetabolismo y aumento de necesidades: sepsis, politraumatismo, cáncer, hipertiroidismo, diabetes descontrolada, demencia con vagabundeo, úlceras por presión. En adultos mayores hospitalizados los ayunos por exploraciones, elección inadecuada de dietas, falta de

seguimiento nutricional, falta de ayudas para la alimentación en el adulto mayor dependiente, horarios inadecuados, polifarmacia Los fármacos: son una causa frecuente³⁰.

Las consecuencias de la malnutrición en el Adulto Mayor están asociadas a mayor morbilidad y mortalidad, encontrando. Esta pérdida de peso corporal, pérdida gradual y generalizada de masa muscular esquelética y fuerza, osteopenia, disminución de la capacidad respiratoria, mayor facilidad para las caídas y fracturas óseas, úlceras de decúbito, anemia, alteración de la farmacocinética de fármacos, trastornos cognitivos, inmunosupresión, mayor riesgo de infecciones y de complicaciones de otras enfermedades, asimismo, la malnutrición se asocia a un incremento de los costos de salud²⁹.

La obesidad es el resultado del equilibrio entre la ingestión y el gasto de energía, se calcula que si la ingestión de energía excede el gasto energético en 5% al día, daría como resultado una ganancia de 5kg de masa grasa en un año. El aumento relacionado con la edad en la masa grasa es en su mayoría causado por la disminución en el gasto de energía. La obesidad puede contribuir al desgaste articular, reducción de la capacidad al ejercicio y una tasa elevada de enfermedad crónica, que implica discapacidad. Está demostrada la mayor prevalencia de fragilidad, disminución en la función física e inicio más temprano de discapacidad²⁴ entre los ancianos con alto IMC, circunferencia de la cadera e incremento de la masa grasa³¹.

La obesidad sarcopénica es referida a la pérdida de masa muscular en conjunto con el incremento en la prevalencia de obesidad, esta prevalencia se incrementa con la edad avanzada y los ancianos con sarcopenia y obesidad tienen peor función física y discapacidad que quienes tienen sarcopenia y no son obesos³¹. La evaluación de la malnutrición debe constar de: una historia clínica que incluya patrones como la pérdida de apetito, dificultades para comer, aumento de necesidades, factores sociales, tratamiento farmacológico, consumo de alcohol y aspectos socioeconómicos; datos de exploración física como el estado cognitivo, visión, boca y dientes, capacidad de movimientos; y pruebas diagnósticas dirigidas a los síntomas que presente el paciente²⁸.

Estrés: El término también denomina la respuesta psíquica que se manifiesta por pensamientos, emociones y acciones ante la situación de amenaza, y que se expresa a través de comportamientos como estados de perplejidad, de ansiedad, de humor o de agresión³².

Adulto mayor: El envejecimiento son los cambios biológicos universales que guardan relación con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno, y proceso de envejecimiento en el que cobran mayor importancia factores como efectos del ambiente, las enfermedades, el estilo de vida²⁵.

Dimensión social: Es el conjunto de relaciones sociales que se da en un hábitat. La vida humana está influenciada por relaciones sociales que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida de las personas en las distintas áreas de su desarrollo. Las relaciones socialmente funcionales, aumenta la probabilidad de un desarrollo integral armónico y saludable que está conformado por actividades y prácticas libremente elegidas, según la preferencia de cada individuo cuya finalidad sea el descanso, la diversión, la creación o el desarrollo del sujeto³³.

Dimensión física: El bienestar físico es la base para una calidad de vida diaria. La manera en que tratemos a nuestro cuerpo y cómo nos sentimos físicamente afecta todo lo que hacemos y nuestra calidad de vida. Si estamos cansados y desplomados, si nos falta el aire cuando cargamos las bolsas de las compras para entrarlas en la casa o cuando subimos las escaleras, nos es difícil trabajar de lleno, atender a nuestras familias y llevar una vida plena. Invertir en su salud física es ganancia³³.

Dimensión psicológica: La dimensión psicológica abarca las emociones y el intelecto; existe una necesidad de dar y recibir afecto, compartir emociones, eliminar tensiones ya sean tristes o de estrés, tener confianza en sí mismo, encontrar un lugar en el mundo, ósea ubicarte y tomar decisiones por tu parte para llevar una vida plena³⁴.

1.4. Formulación del problema.

¿Cuál es la relación que existe entre el estado nutricional y estilo de vida en el adulto mayor en una zona rural de La Victoria, 2017

1.5. Justificación e importancia del estudio.

La labor de enfermería en el ámbito preventivo promocional está basada en el cuidado de las personas adultas mayores y su familia durante el proceso de salud y enfermedad. Si nos referimos al estado nutricional y estilo de vida en el adulto mayor en una zona rural de la victoria, que está conformado por adultos mayores con escasos recursos económicos, no reciben apoyo de ninguna institución. Estas precarias condiciones pueden influir

directamente en el estado nutricional de los adultos mayores por el desconocimiento del consumo de una dieta no balanceada que les permita satisfacer sus necesidades nutricionales.

Es importante que el personal de enfermería es el equipo que se encuentra en mayor contacto con la comunidad y los pacientes, brindándoles educación y cuidados, ya que ella es quien realiza la evaluación nutricional mediante una valoración objetiva, identificando aquellos adultos mayores que padecen desnutrición, sobrepeso u obesidad con la finalidad de identificar los factores que ocasionan estos problemas de salud, los cuales son motivo de investigación y posteriormente hacer difusiones para que se tomen acciones de promoción de la salud.

Este trabajo de investigación aportará y generará conocimiento científico en relación con el estado nutricional de los adultos mayores, ya que los resultados nos ayudarán a tener una visión completa y veraz de la situación en la que se encuentran este grupo etario. Asimismo, los resultados de investigación contribuirán en favor de la estrategia, además de servir como referencia a los profesionales de la salud que les permita desarrollar futuros trabajos de investigación, mediante la formulación de nuevas estrategias en el programa.

1.6. Hipótesis.

Si existe relación entre el estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores en una zona rural de La Victoria, 2018

1.7. Objetivos.

1.7.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el estado nutricional y estilo de vida en el adulto mayor en una zona rural de La Victoria, 2018

1.7.2 Objetivos específicos

- Identificar a los Adultos Mayores según sus características demográficas en el Centro de Salud el Bosque en una zona rural de La Victoria.
- Identificar el estado nutricional según la valoración antropométrica de los Adultos Mayores en el Centro de Salud el Bosque en una zona rural de La Victoria.

- Identificar el estilo de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud el bosque en una zona rural de La Victoria.
- Analizar la relación que existe entre el estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud el bosque en una zona rural de La Victoria.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Tipo y Diseño de Investigación.

La investigación será cuantitativa, porque según Hernández Sampieri cada etapa precede a la siguiente y no puede “brincar o eludir” pasos, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. En el enfoque cuantitativo los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio de un estudio. Además, las hipótesis establecen, antes de recolectar y analizar los datos³⁵.

Según Hernández Sampieri la recolección de los datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos.

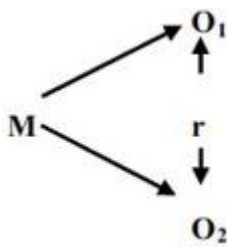
Según Hernández Sampieri en una investigación cuantitativa se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo a una colectividad mayor. La meta principal de los estudios cuantitativos es la construcción y la demostración de teorías. El enfoque cuantitativo utiliza la lógica o razonamiento deductivo³⁵.

La investigación será de diseño: transversal, será como tomar una fotografía de algo que sucede, pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, categorías, objetos, situaciones, comunidades o eventos. Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado³⁵.

La investigación descriptiva, Tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables (dentro del enfoque cuantitativo) o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación, por lo tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas, el procedimiento consiste en medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, en una variable o concepto (generalmente más de un variable o concepto) y proporcionar su descripción³⁵.

La investigación correlacional, será de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba, pretende responder a preguntas. Si dos variables están correlacionadas y se conoce la magnitud de la asociación, se tiene base para predecir, con mayor o menor exactitud. Pero también se llega dar que aparentemente dos variables estén relacionadas, pero que en realidad no sea así. Esto se conoce como correlación espuria³⁵.

El diseño será no experimental, porque se va a desarrollar sin, manipular, direccionar o intervenir con las variables independientes por parte del investigador de hechos o fenómenos que ya ocurrieron, otro nombre con que se conoce es investigación ex post factorg (los hechos ya ocurrieron), las variables se relacionan de forma natural entre ellas y se analiza la forma en que se presentaron los hechos³⁶.



Donde:

M = es la muestra de estudio

O₁ = variable independiente

R = variable dependiente

O₂ = es la relación entre las variables de estudio

2.2 Población y muestra.

La población está conformada por 173 Adultos Mayores pertenecientes al programa Adulto Mayor del Centro de Salud el Bosque La Victoria, registrados en el padrón nominal del adulto mayor, esta información fue brindada por una Lic. En Enfermería, encargada del programa adulto mayor.

Tabla 1: Población Adultos mayores que ingresaron en el último trimestre al programa Adulto Mayor del Centro de Salud el Bosque- La Victoria

Mes	N° Ingresos
Septiembre	58
Octubre	58
Noviembre	57
Total	173

Fuente: cuaderno de ingresos del adulto mayor en el programa Adulto Mayor del Centro de Salud el Bosque- La Victoria

Criterios de inclusión:

- Adulto Mayor en su etapa activa
- Adultos Mayores pertenecientes al programa Adulto Mayor
- Adultos Mayores que desean participar voluntariamente
- Adultos Mayores de ambos sexos

Criterios de exclusión:

- Adulto Mayor en estado de postración
- Adultos mayores en uso de sillas de ruedas
- Adultos mayores que lleguen solos
- Adultos mayores en estado de depresión

2.3 Variables, Operacionalización

Variable 1: Estado nutricional, según la OMS es el resultado del balance entre sus requerimientos y la alimentación que recibe el adulto mayor y se valora a través de parámetros como el peso, la talla y el IMC. Se medirá mediante las Tablas de Valoración Nutricional del Adulto Mayor según IMC, considerando las siguientes categorías: Delgadez (IMC < 23), normal (IMC > 23a < 32) - Obesidad (IMC > 32)³⁷.

Variable 2: Estilo de vida, según la OMS es un conjunto de patrones de conducta que el adulto mayor practica en su vida cotidiana y que mantiene su salud o lo coloca en una situación de riesgo para la enfermedad³⁷

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnica e instrumento de recolección de datos
Estado Nutricional	Valoración nutricional VALORACIÓN GLOBAL:	Peso	Encuesta y guía de valoración nutricional
		Talla	
		IMC	
		¿Usted consume vitaminas/ proteínas?	
		¿Cuántas veces usted consume verduras al día?	
		¿Cuántas veces consume frutas al día?	
		¿Cuántas tazas de leche consume al día?	
		¿Cuántos vasos de agua consume al día?	
Estilo de vida	ejercicio	¿Usted camina 30 minutos al día?	Encuesta y guía de valoración nutricional
		¿Usted asiste a un taller de relajación?	
		¿Usted practica algún deporte?	

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Este instrumento de recolección de datos fue validado por tres licenciadas en Enfermería. 1^{era} Clara Montoya Vásquez, responsable de la etapa adulto mayor, en el Centro de Salud Pósope Alto, con una experiencia de 5 años.

2^{da} Yulliana Sampertigui Salazar, responsable de la estrategia adulto mayor, en el Hospital Referencial Ferreñafe, con una experiencia en 3 años.

3^{era} Julia Verónica Cisneros Acosta, coordinadora de evaluación del adulto mayor en la Red de Salud Ferreñafe con una experiencia en 5 años.

La encuesta que se aplicó a los Adultos Mayores, que consta de siete partes. En la primera parte se realiza la recolección de datos generales de los adultos mayores, conformada por 16 ítems, donde nos permite conocer la identificación del adulto mayor y antecedentes personales que presenta. En la segunda parte se realiza la valoración funcional de los adultos mayores, aplicando las actividades básicas (Katz) de la vida, que consta de 07 ítems, donde nos permite evaluar la independencia en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria³⁹.

En la tercera parte se realiza la valoración mental, que consta de 04 ítems, donde nos permite evaluar el estado cognitivo en forma sistemática de los Adultos Mayores. En la cuarta parte se aplicará la guía de valoración, aplicándose la Escala de Yesavage Abreviada, conformada por 15 ítems, donde nos permite evaluar la depresión de los adultos Mayores⁴⁰. En la quinta parte se evalúa la valoración socio familiar, aplicando la Escala de Gijon, conformada por 17 ítems; esta escala nos ayuda a la detección de riesgos familiares, sociales y económicos⁴¹.

En la sexta parte se aplicará una evaluación nutricional a través del Mini Nutritional Assessment conformada por 4 ítems, el cual permite identificar o reclasificar adultos mayores en malnutrición y riesgo nutricional. Esta información se adquirió de las historias clínicas de los adultos mayores. En la séptima parte se evalúa el estilo de vida de los adultos mayores que consta de 3 ítems³⁵.

La Validez del instrumento será aplicado a través de un pre- test como muestra piloto a 15 adultos mayores.

La confiabilidad del instrumento fue analizada por Kuder Richardson (KR-20) obteniendo una confiabilidad de 0,80 siendo altamente confiable. Según Kuder Richardson permite estimar datos de tipo dicotómico con una fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

2.5 Procedimiento de análisis de datos.

Para el análisis del proyecto se realizara el procedimiento estadístico utilizando el programa IBM SPS estatus (2.3) se realizó la confiabilidad del cuestionario analizado por Kuder Richardson (KR-20) obteniendo una confiabilidad de 0,80 siendo altamente confiable.

2.6 Aspectos éticos.

Respeto a las personas. Es tener consideración de las personas adultas mayores, la cual con frecuencia pueden perder la fuerza, el equilibrio y la agilidad a medida que envejecen, lo cual puede hacer que algunas actividades cotidianas sean más difíciles para los ancianos. Brindarles incluso la ayuda más mínima puede ayudar a hacer que su día sea un poco más fácil y así les demostrarás respeto de una manera cortés y considerado³⁷.

Beneficencia. Es la obligación moral que tiene todo ser humano de hacer bien a los otros. Es decir que ningún ser humano puede hacer daño a otro intencionalmente, nosotros como futuros profesionales de la salud, hacer el bien en todas y cada una de las acciones que realizaremos, es por ello que toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones³⁷.

Justicia.- Es tratar por igual a todas las personas. Otorgar a cada adulto mayor la atención que requiera para la satisfacción de sus necesidades de salud y sus expectativas y así protegerlos de manera especial ya que estas personas son vulnerables³⁷.

2.7 Criterios de rigor científico

Para la presente investigación se tomó en cuenta los siguientes criterios que permitieron velar y respaldar los datos que se obtuvieron al realizar la investigación. Los criterios tomados fueron los siguientes:

Confidencialidad: se refiere a la identidad y a los secretos expresados por los participantes que salen a la luz⁴². Los datos que se obtuvieron al realizar la entrevista a los adultos mayores fueron de absoluta reserva por lo que no fueron divulgados a terceras personas.

Confortabilidad o confirmación: este criterio está vinculado a la credibilidad y se refiere a demostrar que se ha minimizado los riesgos y tendencias del investigador. Implica rastrear los datos en su fuente y la explicación de la lógica utilizada para la interpretación de los datos⁴².

Durante la realización de la investigación, se denotó la objetividad y neutralidad de la información que se recolectó de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud el Bosque La Victoria

Credibilidad o validez: se refiere cuando el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema. Esto se logra cuando los resultados o hallazgos del estudio son reconocidos como verdaderos por las personas que participaron en el estudio y por quienes han experimentado, o han estado en contacto con el sujeto investigado⁴². Este criterio se puso en práctica, durante el estudio al respetar la veracidad de las respuestas de los participantes, y se trató de comprender al máximo, cuál es su estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud el Bosque La Victoria., para así tener el valor de la verdad en todos los discursos descritos por los investigados; dando así más veracidad a la investigación.

Transferibilidad: hace referencia en esencia, a la posibilidad de generalizar los datos o, el grado en que los resultados puedan transferirse a otros contextos o grupos similares. Los datos o resultados pueden relacionarse con otras situaciones similares a los problemas formulados de la investigación⁴². Al momento que se realizó la investigación se proporcionaron suficientes datos para que cuando las personas lean el trabajo puedan hacer juicios a cerca de la semejanza contextual del trabajo y evaluar la aplicabilidad de los datos a otros contextos.

III. RESULTADOS.

3.1. Tablas y Figuras

Tabla 1

Identificar a los adultos mayores según sus características demográficas en el Centro de Salud El Bosque, La Victoria – 2018

CARACTERÍSTICAS		f ⁱ	%
PESO	De 60 a 75 Kg.	165	95.4
	De 75 a 80 kg.	8	4.6
TALLA	De 1.35 a 1.45 Mts.	11	6.4
	De 1.45 a 1.50 Mts.	38	22.0
	De 1.50 a 1.55 Mts.	43	24.8
	De 1.55 a 1.65 Mts.	81	46.8
EDAD	De 55 a 65	93	53.8
	De 65 a 75	73	42.2
	De 80 a más	7	4.0
SEXO	Femenino	103	59.5
	Masculino	70	40.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primario	130	75.1
	Secundario	12	6.9
	Superior	4	2.3
	Iltrado	27	15.6
OCUPACIÓN	Obrero	11	6.4
	Agricultor	56	32.4
	Ama de casa	101	58.4
	Profesional	5	2.9
PROCEDENCIA	Urbana	14	8.1
	Rural	159	91.9
CON QUIEN VIVE	Con esposa	11	6.3
	Hijos	132	76.3
	Nietos	29	16.8
	Otros	1	0.6
VIVIENDA	Propia	88	50.9
	Alquilada	85	49.1

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores que ingresaron en el último trimestre al programa adulto mayor del Centro de Salud El Bosque – La Victoria

Interpretación:

Al analizar las características de los adultos mayores en el Centro de Salud El Bosque de La Victoria, se encontró que el 95.4% de ellos tienen un peso de 60 a 75 Kg. y un 4.6% de ellos un peso de 75 a 80 Kg., en relación a la talla el 46.8% presentaron una talla de 1.55 a 1.65 mts., mientras que el 6.4% de 1.35 a 1.45 mts., al evaluar la edad el 53.8% de los adultos mayores tuvieron una edad de 55 a 65 años, mientras que el 4% una edad de 80 años a más, así mismo el 59.5% fueron de género femenino y el 40.5% de género masculino.

Se evaluó su grado de instrucción y el 75.1% de los adultos mayores tienen instrucción primaria, el 15.6% son iletrados, el 6.9% tienen instrucción secundaria y sólo el 2.3% tienen instrucción superior.

Un 58.4% de los adultos tuvieron ocupación ama de casa, el 32.4% fueron agricultores, un 6.4% son obreros y sólo un 2.9% son profesionales.

Adicional a ello el 91.9% de los adultos mayores tienen una procedencia rural y el 8.1% tienen una procedencia urbana. Al evaluar con quien viven los adultos el 76.3% de ellos viven con sus hijos, el 16.8% con sus nietos, el 6.3% con su esposa y el 0.6% de ellos viven con otros familiares. Se encontró además que el 50.9% tienen casa propia y el 49.1% casa alquilada.

Tabla 2

Estado Nutricional según la valoración antropométrica de los adultos mayores en el Centro de Salud El Bosque, La Victoria – 2018

CARACTERÍSTICAS		fi	%
PESO	De 60 a 75 Kg.	165	95.4
	De 75 a 80 kg.	8	4.6
TALLA	De 1.35 a 1.45 Mts.	11	6.4
	De 1.45 a 1.50 Mts.	38	22.0
	De 1.50 a 1.55 Mts.	43	24.8
	De 1.55 a 1.65 Mts.	81	46.8
IMC	Delgadez	15	8.6
	Normal	138	79.8
	Sobrepeso	20	11.6
VITAMINAS/PROTEINAS	Si	154	89.0
	No	19	11.0
CONSUMO DE VERDURAS	Una vez	135	78.0
	Dos veces	21	12.1
	Tres veces	2	1.2
	Ninguna	15	8.7
CONSUMO FRUTAS	Una vez	138	79.8
	Dos veces	10	5.8
	Ninguna	25	14.4
CONSUMO LECHE	Una Taza	131	75.7
	Dos Tazas	3	1.7
	Ninguno	39	22.6
CONSUMO AGUA	De 1 a 2 vasos	153	88.4
	De 2 a 5 vasos	19	11.0
	Ningún vaso	1	0.6

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores que ingresaron en el último trimestre al programa adulto mayor del Centro de Salud El Bosque – La Victoria

Interpretación:

Los resultados reflejan que el consumo de verduras en los adultos mayores, el 78% respondió que consume verduras una vez al día, el 12.1% manifestó que dos veces, el 1.2% tres veces, y el 8.7% indicó que no consume.

Se evaluó el estado nutricional de los adultos mayores según la valoración antropométrica, encontrándose lo siguiente:

El 95.4% de los adultos mayores pesaron entre 60 a 75 Kg., mientras que el 4.6% tuvieron un peso de 75 a 80 Kg.

En relación a su talla el 46.8% de ellos mide de 1.55 a 1.65 mts., el 24.8% mide de 1.50 a 1.55 mts., el 22% mide de 1.45 a 1.50 mts., y un 6.4% tiene una estatura de 1.35 a 1.45 mts.

Al calcular su Índice de Masa Corporal, se encontró que el 79.8% presenta un IMC normal, el 11.6% presentó sobrepeso y un 8.6% se encuentra en el rango de delgadez.

Al indagar sobre su consumo de vitaminas y proteínas, el 89% indicó que si consume, el 11% referenció que no consume.

El 78% de los adultos mayores respondió que consume verduras una vez al día, el 12.1% manifestó que dos veces al día, el 1.2% tres veces, y el 8.7% indicó que no consume.

En relación a su consumo de frutas, el 79,8% de los adultos mayores manifestó que sólo consume una vez al día, el 5.8% dos veces, y un 14.4% de ellos indicó que no consume frutas.

En relación a su consumo de leche, el 75.7% indicó que consume una taza al día, el 1.7% dos tazas y el 22.6% de ellos manifestó que no consume leche.

Finalmente se encontró que el 88.4% de estos adultos mayores consume de 1 a 2 vasos diarios, el 11% dijo consumir de 2 a 5 vasos diarios y el 0.6% respondió que no consume ningún vaso de agua.

Tabla 3

Estilo de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud El Bosque, La Victoria – 2018

ESTILO DE VIDA		fi	%
CAMINA 30 MIN	Una vez al día	134	77.5
	Tres veces a la sem.	25	14.5
	Dos veces a la sem.	14	8.1
TALLER DE BAILE	Si	62	35.8
	No	111	64.2
PRACTICA DEPORTE	Si	30	17.3
	No	143	82.7

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores que ingresaron en el último trimestre al programa adulto mayor del Centro de Salud El Bosque – La Victoria

Estilo de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud El Bosque, La Victoria – 2018

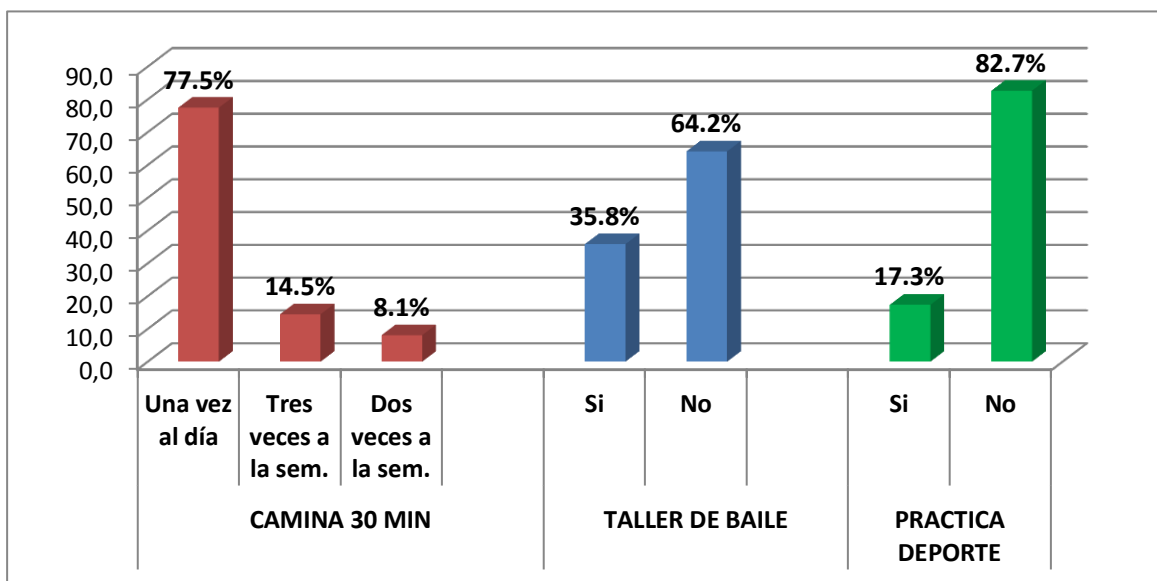


Figura 1: en relación a su estilo de vida, 82.7% de ellos no practica ningún deporte, el 77.5% de los adultos mayores manifestó que camina 30 minutos una vez al día, el 64.2% no asiste a un taller de baila.

PRUEBA JI – CUADRADO PARA DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Hipótesis

H_0 = El estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores no se encuentran asociadas

H_1 = El estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores si se encuentran asociadas

Significancia: 5%

Prueba Estadística

	ESTILO DE VIDA			Total
	Poco apropiado	Apropiado	Muy apropiado	
Delgadez	9	2	4	15
IMC Normal	116	7	15	138
Sobrepeso	9	5	6	20
Total	134	25	14	25

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,336 ^a	4	,001
Razón de verosimilitudes	16,463	4	,002
Asociación lineal por lineal	3,188	1	,074
N de casos válidos	173		

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,21.

Decisión: Si $p \geq 5\%$ NO SE RECHAZA H_0
 $p < 5\%$ SE RECHAZA H_0

Conclusión: Existe evidencia estadística para concluir que EL ESTADO NUTRICIONAL y el ESTILO DE VIDA, SE ENCUENTRAN ASOCIADOS O RELACIONADOS. Considerando $p = 0.001$

3.2. Discusión de resultados

La calidad de vida de las personas adultas mayores depende en gran parte de los hábitos de alimentación y diferentes factores de tipo psico-social, que determinan la seguridad alimentaria y nutricional, falta de recursos, baja disponibilidad de alimentos, enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional.

Se evaluó el estado nutricional de los adultos mayores según la valoración antropométrica, encontrándose el 95.4% de los adultos mayores pesaron entre 60 a 75 Kg., mientras que el 4.6% tuvieron un peso de 75 a 80 Kg. En relación a su talla el 46.8% de ellos mide de 1.55 a 1.65 mts., el 24.8% mide de 1.50 a 1.55 mts., el 22% mide de 1.45 a 1.50 mts., y un 6.4% tiene una estatura de 1.35 a 1.45 mts. Al calcular su Índice de Masa Corporal, se encontró que el 79.8% presenta un IMC normal, el 11.6% presentó sobrepeso y un 8.6% se encuentra en el rango de delgadez, estos resultados son diferentes a lo encontrado en la ciudad Chile en el año 2016⁹ muestra que estado nutricional tanto en hombres como en mujeres predomina el normal peso 57,3 y 53,7% seguido de sobrepeso (38,1 y 30,2%) y obesidad (4,8 y 16,1), respectivamente, existe también una gran diferencia en España en el año 2014¹⁰, que solo el 15,5% de la población se clasifico con adecuado estado nutricional, el 72,2% con riesgo de desnutrición y 11,3% con desnutrición.

La valoración nutricional es una herramienta por medio de la cual el profesional de enfermería logra prevenir, diagnosticar y educar al adulto con enfermedad crónica de manera integral e individualizada, así como tener en cuenta los múltiples aspectos que se derivan de la misma, e igual admitir que los hábitos alimentarios son un conjunto de acciones influenciadas por la cultura, el acceso económico y la conciencia sobre la prevención de muchas enfermedades enfermedades⁴³.

En esta población se encontró un alto porcentaje sobre el estado nutricional normal predominante entre hombres y mujeres, sería el reflejo de la buena adecuación de los hábitos alimentarios en este grupo de estudio, a diferencia de la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad de adultos mayores reportados en diferentes investigaciones.

En relación a su estilo de vida, el 77.5% de los adultos mayores manifestó que camina 30 minutos una vez al día, el 64.2% no asiste a un taller de baile y el 82.7% de ellos no practica ningún deporte. En relación a la actividad física de los adultos mayores en la

ciudad de Chile en el año 2016⁹, el 93% hacen algún tipo de actividad, como yoga, gimnasia, baile entretenido y caminar al menos 30 minutos al día. En Chiclayo, en el año 2013¹⁵ se encontró que el 65%, de adultos mayores no realizan ejercicio físico siendo mayor en los hombres con un 75%. En los hábitos alimenticios, se encontró que los adultos mayores mantienen prácticas nutricionales no saludables, predominando la poca ingesta de líquidos, una alimentación rica en grasas y consumo de sus comidas fuera de sus horarios. 65% y 63.3% respectivamente.

El ejercicio físico está asociado a un menor declive cognitivo o al menos que la participación en determinados programas de ejercicio físico ha repercutido, positiva y moderadamente en el rendimiento en evaluaciones de la función cognitiva. El haber encontrado un 77.5% con estilo de vida bueno, estaría evidenciando el buen nivel de estudios del grupo, que los motivaría a la participación social activa en grupos organizados de la comunidad, lo que sería un promotor de buenos hábitos alimentarios, de actividad física y estado nutricional normal, reflejándose en un envejecimiento exitoso y contribuyendo a una mejor calidad de vida de este grupo etario⁴³.

El personal de Enfermería, al tener el conocimiento de los cambios a los que se enfrenta el adulto mayor durante el envejecimiento, podrá asesorar a los mismos sobre las mejoras que se pueden realizar en los alimentos, ejercicios, adaptar las texturas, y resolver los impedimentos que pueden causar los cambios propios del proceso de envejecer. El personal de enfermería es el principal gestor en la promoción de la salud, poseen las habilidades necesarias para enseñar y acompañar a los adultos mayores en las adherencias a hábitos alimentarios saludables, basados en la evidencia de que los cambios a nivel de estilo de vida conducen a un envejecimiento saludable para esta población. Múltiples áreas de intervención permiten hacer promoción de la salud, el asesoramiento nutricional no debe enfocarse exclusivamente al ámbito comunitario, por el contrario, al ser el profesional encargado de hacer la primera valoración nutricional, le da la oportunidad de identificar los posibles pacientes que requieran de una intervención más afondo en materia de salud nutricional.

Se debe reconocer al adulto mayor como un ser individual, con necesidades especiadas asociadas a los factores fisiológicos, psicosociales o patológicos propios de su proceso de envejecimiento, por lo tanto se emplearán las herramientas disponibles para evaluar el estado nutricional y estilo de vida del adulto mayor. El contexto personal y ambiental debe

ser un pilar importante en la intervención; si se cuenta con un entorno familiar influyente, es ideal involucrarlo en el proceso, plantear compromisos familiares, de esta forma favorecer así la adherencia y participación de todos los actores involucrados en el cuidado del adulto mayor. Las herramientas actualmente disponibles para realizar valoración y seguimiento del estado nutricional permiten que el profesional de enfermería pueda llevar un seguimiento, para evidenciar el reflejo de una buena actividad física, manifestados en el IMC⁴³.

En relación a su consumo de frutas, el 79,8% de los adultos mayores manifestó que sólo consume una vez al día, el 5.8% dos veces, y un 14.4% de ellos indicó que no consume frutas; este resultado fue superior a la investigación realizada en el año 2016 sobre Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, se encontró que el consumo de frutas fue 56% 1 a 2 porciones y 44%, 2 a más. El 78% de los adultos mayores respondió que consume verduras una vez al día, el 12.1% manifestó que dos veces al día, el 1.2% tres veces, y el 8.7% indicó que no consume. En Chile en el 2016⁹ el consumo de verduras revela que el 17% cumple recomendación de 2 a 3 porciones diarias, el 83% restante consume 1 a 2 porciones.

Es función de la enfermera aconsejar a los adultos mayores el consumo de fibra de forma regular; añadir fibra a la dieta se ha asociado con la disminución de grasa y azúcar en sangre, estimulación del peristaltismo y función gastrointestinal, y reducción de peso, ya que promueve la saciedad a niveles más bajos de calorías y lípidos. Algunos de los alimentos en los que se encuentra la fibra son verduras, frutas, legumbres, cereales, tubérculos, raíces.

Las frutas y verduras son determinantes en el aporte de fibra, a la que se le reconocen beneficios fisiológicos y metabólicos. Estudios han demostrado que un aumento en el consumo de fibra soluble de 3 a 10 gr/día disminuye significativamente el colesterol total sanguíneo y las concentraciones de LDL, sin cambiar significativamente las concentraciones de triglicéridos y HDL y por otra parte, se ha comprobado que previenen la hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes, enfermedades de alta prevalencia en este grupo de edad⁴³.

Finalmente se encontró que el 88.4% de estos adultos mayores consume de 1 a 2 vasos diarios de agua el 11% dijo consumir de 2 a 5 vasos diarios y el 0.6% respondió que no

consume ningún vaso de agua, estos adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer desnutrición a diferencia de estos adultos mayores de la ciudad de Chile³⁵, los adultos mayores consumen de 6 a 8 vasos de agua el 46% del grupo. Es importante, considerando que las personas mayores están en constante riesgo de deshidratación, debido a la disminución del agua corporal total y una clara disminución de la percepción de la sed y capacidad para concentrar la orina⁴³.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Existe evidencia estadística, para concluir que el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores del Centro de Salud el Bosque, La Victoria, se encuentran relacionados, considerando $p = 0.001$
- Demográficamente encontramos que el 95,4%, que el peso no está en relación a su talla.
Que los adultos mayores que participan en edades de 55-65 en el programa, asisten en mayor porcentaje en el género femenino con 59,5% y en menor porcentaje el género masculino con 40,5%.
- Su estado nutricional de esta población en estudio se encuentra un 79% dentro de los parámetros normales y el 8,6% de adultos mayores en riesgo de desnutrición de I grado.
- El estilo de vida de los adultos mayores del Centro de Salud El bosque, no practican deporte, encontrándose un alto índice de 82,7%. Solo el 77,5% caminan 30 minutos al día.

Recomendaciones.

- A las universidades particulares y nacionales, que durante la practica pre profesional comunitaria incorporen talleres sobre nutrición y estilos de vida, dirigidos a la población adulta mayor.
- Que la enfermera diseñe programas educativos con esquemas de nutrición de acuerdo a la población en riesgo, y coordinar con organismos benefactores para apoyo de programa en la creación de centros de gimnasia.
- Hacer llegar mis resultados al centro de salud y autoridades locales para trabajar multidisciplinariamente en beneficio de esta población.

Referencias.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington. 2016.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010 [Citado: el 13 de octubre del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=2.+Instituto+Nacional+de+Estadística+e+Informática+\(INEI\).+Estimaciones+y+Proyecciones+de+Población+Departamental.+Lima%2C+Perú%3A+Instituto+Nacional+de+Estadística+e+Informática%3B+2010](https://www.google.com.pe/search?q=2.+Instituto+Nacional+de+Estadística+e+Informática+(INEI).+Estimaciones+y+Proyecciones+de+Población+Departamental.+Lima%2C+Perú%3A+Instituto+Nacional+de+Estadística+e+Informática%3B+2010).
3. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. Plan Nacional para las personas Adultas Mayores, Lima-Perú: 2013-2017.
4. Villarroel. M, Formiga. A, Abellana. S. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Medicina clínica. España 2012 [acceso el 13 de octubre del 2017] Disponible: en:<https://www.google.com.pe/search?q=4.+Villarroel.+M%2C+Formiga.+A%2C+Abellana.+S.+Prevalencia+de+malnutrición+en+la+población+anciana+española%3A+una+revisión+sistemática.+Medicina+clínica.+España+2012>.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de la Niñez y del Adulto Mayor informe técnico: Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2012-2013.
6. Álvarez D, y Sánchez J. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana .Lima; 2012. [Acceso el 13 de octubre del 2017] Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=Álvarez+D%2C+y+Sánchez+J.+Sobrepeso+y+obesidad%3A+prevalencia+y+determinantes+sociales+del+exceso+de+peso+en+la+población+peruana+.Lima%3B+2012>.

7. Varela, L. Valoración Geriátrica integral y síndromes geriátricos. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. [Acceso el 12 de octubre del 2017] Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=Varela%2C+L.+Valoración+Geriátrica+integral+y+síndromes+geriátricos.+Segunda+Edición.+Lima%2C+Perú%3A+Centro+Editorial+de+la+Universidad+Peruana+Cayetano+Heredia%3B+2011.>
8. Vásquez, E. Clasificación internacional de funcionamiento e investigación en psicología y salud mental. Universidad de la República Uruguay; 2013 [citado 05 de mayo del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(1\)+Vásquez%2C+E.+Clasificación+internacional+de+funcionamiento+e+investigación+en+psicología+y+salud+mental.+Universidad+de+la+República+Uruguay%3B+2013.](https://www.google.com.pe/search?q=(1)+Vásquez%2C+E.+Clasificación+internacional+de+funcionamiento+e+investigación+en+psicología+y+salud+mental.+Universidad+de+la+República+Uruguay%3B+2013.)
9. Varón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilo de vida en los adultos mayores activos en la ciudad de Chillan, Chile. Universidad del Bío-Bío, Sede Chillán. Chile [citado: 05 de mayo del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(2\)+Varón+V%2C+Rodríguez+A%2C+Chavarría+P.+Hábitos+alimentarios%2C+estado+nutricional+y+estilo+de+vida+en+los+adultos+mayores+activos+en+la+ciudad+de+Chillan%2C+Chile.+Universidad+del+Bío-Bío%2C+Sede+Chillán.+Chile+2017.](https://www.google.com.pe/search?q=(2)+Varón+V%2C+Rodríguez+A%2C+Chavarría+P.+Hábitos+alimentarios%2C+estado+nutricional+y+estilo+de+vida+en+los+adultos+mayores+activos+en+la+ciudad+de+Chillan%2C+Chile.+Universidad+del+Bío-Bío%2C+Sede+Chillán.+Chile+2017.)
10. Jesús, M. C, Ángeles F. L, García, A. Nutrición hospitalaria. España. Universidad Autónoma de Madrid; 2013 [citado: 05 de mayo del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(3\)+Jesús%2CM.+C%2C+Ángeles+F.+L%2C+García%2CA.+Nutrición+hospitalaria.+España.+Universidad+Autónoma+de+Madrid%3B+2013.](https://www.google.com.pe/search?q=(3)+Jesús%2CM.+C%2C+Ángeles+F.+L%2C+García%2CA.+Nutrición+hospitalaria.+España.+Universidad+Autónoma+de+Madrid%3B+2013.)
11. Trunchado, E. Abellán, G. Indicadores demográficos de adultos mayores. España. Madrid. 2008 [citado: 02 de mayo del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(4\)+Trunchado%2CE.+Abellán%2CG.+Indicadores+demográficos+de+adultos+mayores.+España.+Madrid.+2008.](https://www.google.com.pe/search?q=(4)+Trunchado%2CE.+Abellán%2CG.+Indicadores+demográficos+de+adultos+mayores.+España.+Madrid.+2008.)
12. Mini Nutritional Assessment : Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care [Internet]. LWW. 2012 [citado 02 de septiembre del 2017] Disponible en:

[https://www.google.com.pe/search?q=\(5\)+Mini+Nutritional+Assessment+%3A+Current+Opinion+in+Clinical+Nutrition+%26+Metabolic+Care+%5BInternet%5D.+LWW.+2012](https://www.google.com.pe/search?q=(5)+Mini+Nutritional+Assessment+%3A+Current+Opinion+in+Clinical+Nutrition+%26+Metabolic+Care+%5BInternet%5D.+LWW.+2012).

13. Xolocotzi D. Determinación de la prevalencia del Síndrome de Fragilidad en adultos mayores de 65 años de la UMF Orizaba. (Tesis de posgrado en la especialidad de medicina familiar). UNIVERSIDAD VERACRUZANA. Mexicano. 2014 [citado: 02 de septiembre del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(6\)+Xolocotzi+D.+Determinación+de+la+prevalencia+del+Síndrome+de+Fragilidad+en+adultos+mayores+de+65+años+de+la+UMF+Orizaba.+Tesis+de+posgrado+en+la+especialidad+de+medicina+familiar.+UNIVERSIDAD+VERACRUZANA.+Mexicano.+2014](https://www.google.com.pe/search?q=(6)+Xolocotzi+D.+Determinación+de+la+prevalencia+del+Síndrome+de+Fragilidad+en+adultos+mayores+de+65+años+de+la+UMF+Orizaba.+Tesis+de+posgrado+en+la+especialidad+de+medicina+familiar.+UNIVERSIDAD+VERACRUZANA.+Mexicano.+2014).

14. Diresa Lambayeque. Análisis Situacional de Salud. Chiclayo: Oficina de Epidemiología. Proporción de población menores de 15 años y mayores de 60 años. 2007-2012 [citado: 04 de septiembre del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(7\)+Diresa+Lambayeque.+Análisis+Situacional+de+Salud.+Chiclayo%3A+Oficina+de+Epidemiología.+Proporción+de+población+menores+de+15+años+y+mayores+de+60+años.+2007-2012](https://www.google.com.pe/search?q=(7)+Diresa+Lambayeque.+Análisis+Situacional+de+Salud.+Chiclayo%3A+Oficina+de+Epidemiología.+Proporción+de+población+menores+de+15+años+y+mayores+de+60+años.+2007-2012).

15. Gómez C. Valoración Global Subjetiva en el paciente neoplásico: Madrid. España. Hospital Universitario La Paz; 2013 [citado: 04 de septiembre del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(8\)+Gómez+C.+Valoración+Global+Subjetiva+en+el+paciente+neoplásico%3A+Madrid.+España.+Hospital+Universitario+La+Paz%3B+2013](https://www.google.com.pe/search?q=(8)+Gómez+C.+Valoración+Global+Subjetiva+en+el+paciente+neoplásico%3A+Madrid.+España.+Hospital+Universitario+La+Paz%3B+2013).

16. MANAYALLE, P.M. Características del estado nutricional de los Adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la Región Lambayeque. (TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO).Universidad San Martin De Porres. Chiclayo. 20152013 [citado: 05 de septiembre del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=MANAYALLE%2C+P.M.+Características+del+estado+nutricional+de+los+Adultos+mayores+atendidos+en+los+centros+del+adulto+mayor+de+la+Región+Lambayeque.+TESIS+PARA+OPTAR+EL+TÍTULO+DE+MÉDICO+CIRUJANO\).Universidad+San+Martin+De+Porres.+Chiclayo.+2015](https://www.google.com.pe/search?q=MANAYALLE%2C+P.M.+Características+del+estado+nutricional+de+los+Adultos+mayores+atendidos+en+los+centros+del+adulto+mayor+de+la+Región+Lambayeque.+TESIS+PARA+OPTAR+EL+TÍTULO+DE+MÉDICO+CIRUJANO).Universidad+San+Martin+De+Porres.+Chiclayo.+2015).

17. Chávez, Q. O, Fernández J.A. Estado nutricional de los adultos mayores del Asilo Hogar de Ancianos de Chiclayo mediante la aplicación de la Escala “Mini Nutritional

Assessment.- SF” Chiclayo – Lambayeque. (Tesis de Licenciatura) universidad Señor de Sipan. Chiclayo 2014 [citado: 04 de septiembre del 2017] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(10\)+Chávez+%2C+Q.+O%2C+Fernández+J.A.+Estado+nutricional+de+los+adultos+mayores+del+Asilo+Hogar+de+Ancianos+de+Chiclayo+mediante+la+aplicación+de+la+Escala+“Mini+Nutritional+Assessment.-+SF”+Chiclayo+-+Lambayeque.+\(Tesis+de+Licenciatura\)+universidad+Señor+de+Sipan.+Chiclayo+2014](https://www.google.com.pe/search?q=(10)+Chávez+%2C+Q.+O%2C+Fernández+J.A.+Estado+nutricional+de+los+adultos+mayores+del+Asilo+Hogar+de+Ancianos+de+Chiclayo+mediante+la+aplicación+de+la+Escala+“Mini+Nutritional+Assessment.-+SF”+Chiclayo+-+Lambayeque.+(Tesis+de+Licenciatura)+universidad+Señor+de+Sipan.+Chiclayo+2014)

18. Gómez C y Fernández J. Manual de Recomendaciones Nutricionales en Pacientes Geriátricos [en línea]. 3^{era} edición. Barcelona: 2004. [citado: 05 mayo 2018] Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=Gómez+C+y+Fernández+J.+Manual+de+Recomendaciones+Nutricionales+en+Pacientes+Geriátricos+%5Ben+línea%5D.+3era+edición.Barcelona%3A+2004.>

19. Chavesta P. C, Chiroque R. F, Chunga T. T; Díaz I. H, Farro C. R, Soto C. V, Torres A, V. Estado Nutricional del Adulto Mayor según Mini Nutritional Assessment del Asilo Hogar San José, Chiclayo. La Molina Perú: 2015.

20. García Z T, Villalobos S A. Malnutrición en el anciano, obesidad la Nueva pandemia. Medicina Interna. México: 2012. [Citado: 04 mayo 2018] Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=García+Z+T%2C+Villalobos+S+A.+Malnutrición+en+el+anciano%2C+obesidad+la+Nueva+pandemia.+Medicina+Interna.+México%3A+2012.>

21. Encuesta Nacional (INEI). Población con seguro de Salud, según tipos de Seguro. Perú; 2013.[Citado: 05 mayo 2018].Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=Encuesta+Nacional+\(INEI\).+Población+con+seguro+de+Salud%2C+según+tipos+de+Seguro.+Perú%3B+2013.](https://www.google.com.pe/search?q=Encuesta+Nacional+(INEI).+Población+con+seguro+de+Salud%2C+según+tipos+de+Seguro.+Perú%3B+2013.)

22. Álvarez N F, Ávila F A, Ruiz A L, Gutiérrez R M. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Revista. Panamericana de Salud Pública. 2014.

23. Deossa G C, Restrepo L F, Velásquez J E , Varela A D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. Medellín: Colombia; 2016.
23. Ministerio de Salud, Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú. Dirección General de Salud de las Personas: Lima; 2015.
24. Pérez Pérez N, Navarro Soria I. Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez; 2014. [Citado: 08 mayo 2018] Disponible en:
<https://www.google.com.pe/search?q=Pérez+Pérez+N%2C+Navarro+Soria+I.+Psicología+del+desarrollo+humano%3A+del+nacimiento+a+la+vejez%3B+2014>.
25. Rodríguez A. Geriatria. México: Mc Graw - Hill; 2015. [Citado: 08 mayo 2018] Disponible en:
<https://www.google.com.pe/search?q=Rodríguez+A.+Geriatria.+México%3A+Mc+Graw+-+Hill%3B+2015.&oq=Rodríguez+A.+Geriatria.+México%3A+Mc+Graw+-+Hill%3B+2015>.
26. Arellano R. “Los Estilos de vida en el Perú” Lima: Consumidores y mercados S.A.; 2015. [Citado: 09 octubre 2018] Disponible en:
<https://www.google.com.pe/search?q=Arellano+R.+“Los+Estilos+de+vida+en+el+Perú”+Lima%3A+Consumidores+y+mercados+S.A.%3B+2015>.
27. Organización Mundial de la Salud. 2013 [Citado: 18 Octubre 2018]. OMS. Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=Organización+Mundial+de+la+Salud.+2013>.
28. Dudet C M. Valoración nutricional de la oferta y de la ingesta dietética en una residencia geriátrica. Departamento de Salud y Acción Comunitaria. Facultad de Ciencias de la Salud y del Bienestar. Universidad de Vic 2012. [Citado: 09 octubre 2018] Disponible en: [http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202013_1-art3\(1\).pdf](http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202013_1-art3(1).pdf).
29. Rubenstein L Z. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [En línea]. Príncipe de Vergara: Madrid; 2006. [Citado: 2018 mayo 05] Disponible en:

<https://clea.edu.mx/biblioteca/Soc%20Esp%20De%20Geriatría%20-%20Tratado%20De%20Geriatría.pdf>

30. Nubia F A, Ávila J F, Ruiz A L, Gutiérrez L M. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento. México. Revista Panamericana de Salud Pública. 2014.
31. Villalobos J. Malnutrición en el anciano, la nueva pandemia. Medicina Interna: México 2012. [Citado: 06 mayo 2018] Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=Arellano+R.+“Los+Estilos+de+vida+en+el+Perú”+Lima%3A+Consumidores+y+mercados+S.A.%3B+2015>.
32. Zuluaga R. La construcción cultural de la salud y la enfermedad, aproximación desde un diálogo intercultural. [En línea]. 2006 [consultado 12 Mayo 2018] Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=Zuluaga+R.+La+construcción+cultural+de+la+salud+y+la+enfermedad%2C+aproximación+desde+un+diálogo+intercultural>.
33. Ramírez V. Fiabilidad y validez del instrumento para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Salud Pública. Marzo 2013. [consultado 12 Mayo 2018]. <https://www.google.com.pe/search?q=Ramírez+V.+Fiabilidad+y+validez+del+instrumento+para+medir+el+estilo+de+vida+en+adultos+colombianos.+Salud+Pública.+Marzo+2013>.
34. Enfermería Virtual. [en línea]. 2014 [consultado 12 Mayo 2018]. Disponible en http://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_psicologica.
35. Hernández F .Metodología de la Investigación, México, Bogotá Colombia; 2003. [Citado: 09 octubre 2018] Disponible en: Disponible en <https://www.google.com.pe/search?q=Hernández+F+.Metodología+de+la+Investigación%2C+México%2C+Bogotá+Colombia%3B+2003>.
36. Baptista, P. Metodología de la investigación. México; 1991 [Citado: 05 junio 2018]. Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?ei=A07vW5iCPdGtzWk22YOIDA&q=Baptista%2C+P.+Metodología+de+la+investigación.+México%3B+1991>

37. Barreto F. Necesidades Energética y Evaluación de la Calidad de la Dieta. Manual Práctico para el Trabajo de Campo Clínico. Ecuador: Editorial UNSA; 2013 [Citado: 05 junio 2018] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(13\)+Barreto+F.+Necesidades+Energ%C3%A9tica+y+Evaluaci%C3%B3n+de+la+Calidad+de+la+Dieta.+Manual+Pr%C3%A1ctico+para+el+Trabajo+de+Campo+Cl%C3%ADnico.Ecuador%3A+Editorial+UNSA%3B+2013](https://www.google.com.pe/search?q=(13)+Barreto+F.+Necesidades+Energ%C3%A9tica+y+Evaluaci%C3%B3n+de+la+Calidad+de+la+Dieta.+Manual+Pr%C3%A1ctico+para+el+Trabajo+de+Campo+Cl%C3%ADnico.Ecuador%3A+Editorial+UNSA%3B+2013).
38. Hernández H P. Comité de bioética. [En línea]. España 2017. [Citado: 05 mayo 2018] Disponible en http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/informe_belmont_1978.pdf
39. Cruz J y Valderrama E. Escalas de valoración geriátrica. Especialista en Geriátrica y Gerontología; Barcelona; 2006 [Citado: 05 mayo 2018] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(14\)+Cruz+J+y+Valderrama+E.+Escalas+de+valoración+geriátrica.+Especialista+en+Geriátrica+y+Gerontología%3B+Barcelona%3B+2006](https://www.google.com.pe/search?q=(14)+Cruz+J+y+Valderrama+E.+Escalas+de+valoración+geriátrica.+Especialista+en+Geriátrica+y+Gerontología%3B+Barcelona%3B+2006).
40. Iglesia M J, Vilches MC, Herrero R, Aguado C, Albert C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam; 2002 [Citado: 05 mayo 2018] Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=\(16\)+Iglesia+M+J%2C+Vilches+MC%2C+Herrero+R%2C+Aguado+C%2C+Albert+C%2C+Luque+R.+Versión+española+del+cuestionario+de+Yesevage+abreviado+\(GDS\)+para+el+cribado+de+depresión+en+mayores+de+65+años](https://www.google.com.pe/search?q=(16)+Iglesia+M+J%2C+Vilches+MC%2C+Herrero+R%2C+Aguado+C%2C+Albert+C%2C+Luque+R.+Versión+española+del+cuestionario+de+Yesevage+abreviado+(GDS)+para+el+cribado+de+depresión+en+mayores+de+65+años).
41. Generalitat V E. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Conselleria de Sanitat. 2006 [Citado: 05 mayo 2018] Disponible en <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4963-2006.pdf>.
42. Polit, Denise F. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. México, D.F. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000. [Citado: 05 mayo 2018] Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=Polit%2C+Denise+F.+Investigación+científica+en+ciencias+de+la+salud%3A+principios+y+métodos.+México%2C+D.F.+Editorial+McGraw-Hill+Interamericana%2C+2000>

43. Alvarado G A, Lamprea R L, Tabares M K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca. Colombia 2017.

ANEXOS:

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: Estado nutricional y estilo de vida en el Adulto mayor en una zona rural de La Victoria, 2017

AUTORA:

Collazos Navarro Luz Guisela

PROPÓSITO:

Determinar el estado nutricional y estilo de vida del adulto mayor de en una zona rural de La Victoria 2017.

Yo.....ace
pto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas. La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

Firma del investigador

firma del adulto mayor.

Anexo 02.

ENCUESTA Y GUÍA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL.

Estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores

Instrucciones:

Como estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipan estamos realizando una investigación que tiene como objetivo evaluar el estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores.

I.- DATOS GENERALES:

1. Peso:

- a).- (60.75 kg) b).- (75-80 kg) c).- (80- a más kg)

2.- Talla:

- a).- (1.35 - 1.45cm) b).- (1.45 - 1.50cm) c).- (1.50 – 1.55cm)

- d).- (1.55 – 1.65 cm)

3.- edad:

- a).- (55-65) b).- (65-75) c).- (80 a mas)

4.- sexo:

- a).- Femenino b).- Masculino

5.- Grado de instrucción:

- a).- Nivel primario b).- Nivel secundario c).- Nivel superior

- d).- Iltrado

6.- Ocupación

- a).- Obrero b).- Agricultor c).- Ama de casa

- e).- Profesional

7.- Procedencia:

a).- Urbana b).- Rural.

8.- ¿Con quién vive usted?

a).- Con esposa b).- Hijos c).- Nietos. d).- Otros.

9.- ¿La casa que vive actualmente es?:

a).- Propia b).- Alquilada.

ANTECEDENTES PERSONALES

10.- ¿Es hipertenso usted?

a).- Sí b).- No

11.- ¿Es diabético usted?

a).- Sí b).- No

12.- ¿Padece usted de dislipidemias (colesterol alto)

a).- Sí b).- No

13.- ¿Padece usted de osteoartritis?

a).- Sí b).- No

14.- ¿Padece usted de cáncer cervical?

a).- Sí b).- No

15.- ¿Padece usted de cáncer de mama?

a).- Sí b).- No

16.- ¿padece usted de cáncer de próstata?

- a).- Sí b).- No

17.- ¿Alguna vez le detectaron tuberculosis?

- a).- Sí b).- No

18.- ¿Usted ha estado hospitalizado en este año?

- a).- Sí b).- No

II.- VALORACION FUNCIONAL.

Estas son actividades básicas (Katz) de la vida diaria.

Actividades	I	D
Lavarse.		
Vestirse.		
Uso de servicio higiénico.		
Movilizarse.		
Continencia.		
Alimentarse.		

a).- Independiente

b).- Dependiente

III.- VALORACIÓN MENTAL.

1.- ¿Qué día de la semana es hoy? (año).

- a).- Leve b).- Normal c).- Moderado

2.- ¿En qué mes estamos?

- a).- Leve b).- Normal c).- Moderado

3.- ¿Cuántos años tiene usted?

- a).- Leve b).- Normal c).- Moderado

4.- ¿Quién es el actual presidente (del Perú)

a).- Leve b).- Normal c).- Moderado

IV.- GUÍA DE VALORACIÓN ESTADO AFECTIVO.

ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA.

1.- ¿E n general está básicamente satisfecho con su vida?

a).- Sí b).- No

2.- ¿Usted ha abandonado muchas de sus tareas habituales?

a).- Sí b).- No

3.- ¿Siente que su vida está vacía?

a).- Sí b).- No

4.- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?

a).- Sí b).- No

5.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

a).- Sí b).- No

6.- ¿Teme que algo malo puede ocurrirle?

a).- Sí b).- No

7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

a).- Sí b).- No

8.- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a?

a).- Sí b).- No

9.- ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir?

a).- Sí b).- No

10.- ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?

a).- Sí b).- No

11.- ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?

a).- Sí b).- No

12.- ¿Actualmente se siente un/a inútil?

a).- Sí b).- No

13.- ¿Se siente lleno/a de energía?

a).- Sí b).- No

14.- ¿Se siente sin esperanza en este momento?

a).- Sí b).- No

15.- ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

a).- Sí b).- No

V.- ESCALA DE GIJÓN.

VALORACION SOCIO FAMILLAR.

1.- ¿Vive usted con familia sin dependencia físico/psíquico?

a).- Sí b).- No

2.- ¿Vive usted con cónyuge de similar edad?

a).- Sí b).- No

3.- ¿Vive usted solo?

a).- Sí b).- No

SITUACIÓN ECONÓMICA:

1.- ¿Tiene usted ingresos regulares (Menor del mínimo vital)?

a).- Sí b).- No

2.- ¿Usted recibe pensión 65?

a).- Sí b).- No

VIVIENDA:

1.- ¿Su vivienda es adecuada a la necesidad?

a).- Sí b).- No

2.- ¿Su vivienda es de material rustico?

a).- Sí b).- No

3.- ¿Su vivienda presenta humedad?

a).- Sí b).- No

4.- ¿Su vivienda presenta baños incompletos?

a).- Sí b).- No

SITUACION SOCIAL:

1.- ¿Usted mantiene una relación social en la comunidad?

a).- Sí b).- No

2.- Usted mantiene una relación social con familiares?

a).- Sí b).- No

3.-Usted mantiene una relación social con vecinos?

a).- Sí b).- No

4.- Usted recibe apoyo de familiares?

- a).- Sí b).- No

5.- ¿Usted recibe apoyo de Vecinos?

- a).- Sí b).- No

APOYO DE RED SOCIAL.:

1.- ¿Usted necesita apoyo familiar?

- a).- Sí b).- No

2.- ¿Usted no recibe ningún apoyo?

- a).- Sí b).- No

VI.- VALORACION NUTRICIONAL.

1.- IMC

- a).- Delgadez ≤ 23 b).- Normal > 23 a < 28 c).- Sobrepeso ≥ 28 a < 32
e).- Obesidad ≥ 32

Valoración global.

2.- ¿Usted consume vitaminas/ proteínas?

- a).- Sí b).- No

3.- ¿Cuántas veces consume verduras al día?

- a).- 1 vez b).- 2 veces c).- 3 veces
d).- Ninguna

4.- Cuántas veces consume frutas al día?

- a).- 1 ves. b).- 2 veces c).- 3 veces
d).- Ninguna.

5.- ¿Cuántas tazas de leche consume al día?

- a).-1 taza b).- 2 tazas c).- 3 tazas
d).- Ninguno.

6.- ¿Cuántos vasos de agua consume al día?

- a).-1- 2 vaso b).-2 - 5 vasos c).- 5- a mas vasos
d).- Ningún vaso

VII.- ESTILO DE VIDA. EJERCICIO.

1.- ¿Usted camina camina 30 minutos?

- a).- 1 vez al día b).- 3 veces a la semana c).- 2 veces a la semana.
e).- nunca

2.- ¿Usted asiste a un taller de baile?

- 3.- ¿** a).- Sí b).- No

Usted practica algún deporte?

- a).- Sí b).- No

Anexo 03

Guía de valoración nutricional.

Instrucciones:

Este documento será llenado por la investigadora.

seudónimo	Edad	Peso	Talla:	IMC	OBSERVACION.
1					
2					
3					
4					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Anexo N° 05
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ITEMS																									
N°	Items 1	Items 2	Items 3	Items 4	Items 5	Items 6	Items 7	Items 8	Items 9	Items 10	Items 11	Items 12	Items 13	Items 14	Items 15	Items 16	Items 17	Items 18	Items 19	Items 20	Items 21	Items 22	Items 23	Items 24	Items 25
1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1
3	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
4	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
5	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
7	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
9	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
10	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
11	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
12	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1
13	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1
14	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
P	0.53	0.67	0.73	0.4	0.33	0.33	0.47	0.2	0.40	0.47	0.47	0.47	0.33	0.60	0.27	0.47	0.4	0.27	0.13	0.53	0.33	0.53	0.33	0.67	0.6
q=(1-p)	0.47	0.33	0.27	0.6	0.67	0.67	0.53	0.80	0.60	0.53	0.53	0.53	0.67	0.40	0.73	0.53	0.6	0.73	0.87	0.47	0.67	0.47	0.67	0.33	0.4
Pq	0.25	0.22	0.20	0.24	0.22	0.22	0.25	0.16	0.24	0.25	0.25	0.25	0.22	0.24	0.20	0.25	0.24	0.20	0.12	0.25	0.22	0.25	0.22	0.22	0.24
Vt	44.38																								

N	44
---	----

KR(20)	0.80
--------	------

FORMULA DE KR (20)

$$Kr (20)= \frac{n}{n-1} * \frac{Vt-\Sigma p*q}{Vt}$$

$$Kr (20)= 1,02 * \frac{34.4}{44.3}$$

Kr

DONDE:

- KR (20)= prueba de confiabilidad kuder Richardson
- n= número total de ítems 44
- Vt= Varianza Total 44.38
- $\Sigma p*q$ = sumatoria de $p*q$ 9.88
- p= probabilidad positiva 0.53
- q= probabilidad negativa 0.47

Interpretación: El instrumento de recolección de datos de tipo dicotómico, se determinó el análisis de confiabilidad mediante el coeficiente Kuder Richardson (KR-20) obteniendo una confiabilidad de 0,959 siendo un instrumento altamente confiable.