



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE GERONTOLOGIA

**“SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO
MAYOR EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD - SAN JUAN DE
MIRAFLORES, MARZO - 2015.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL GERONTÓLOGO

AUTOR:

BACH. PRADO SOTO MARINA

ASESOR:

MG. CARRILLO VALVERDE MARIA ELENA

LIMA, PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios que me permitió por circunstancias de la vida descubrir mi vocación. Este trabajo está dedicado a mis hijas, por ser mi apoyo, por inspirarme que con constancia se puede alcanzar todo. A mis asesores por sus enseñanzas y su cariño sin igual.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a cada una de las personas participantes de la investigación, a la Institución Centro del Adulto Mayor – EsSalud, por la autorización y facilidades para la realización de la misma. A mis familiares, en especial a mis hijas y nieto, incentivadores a todas horas, por todo su apoyo incondicional que me brindaron durante todo este tiempo, su creencia en mí y en mi trabajo.

RECONOCIMIENTO

A la Escuela de Gerontología de la Universidad Alas Peruanas-Lima, Perú, por su constante apoyo en materia investigativa.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la situación socio familiar y estado nutricional del adulto mayor del centro adulto mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, marzo 2015. Para lograr este objetivo se utilizó la muestra de 39 adultos mayores, el instrumento de recolección de datos se aplicó la técnica de encuesta, teniendo como instrumento: cuestionarios; como la escala de Gijón para medir la situación socio familiar y guía técnica de valoración nutricional antropométrica de las personas adultas mayores para evaluar el estado nutricional. Obteniéndose los siguientes resultados: Del total de 39 Adultos Mayores evaluados, 5% presentan riesgo de problema social, 51% presentan Alto porcentaje aceptable de situación social. De acuerdo al estado nutricional, 41% presentan peso normal, según Índice de Masa Corporal (IMC), 67% presentan riesgo alto de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles según (índice cintura/cadera), 84% presentan Alto porcentaje de masa grasa según pliegues cutáneos. Por otro lado en cuanto al estudio se llegó a la conclusión en cuanto a la situación socio familiar la población adulta mayor se encuentra en riesgo social esto es desfavorable de acuerdo a sus dimensiones relaciones familiares, relación social y situación económica. Asimismo, respecto al estado nutricional la población adulta mayor presento inadecuadas medidas antropométricas lo que pone en riesgo a padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

PALABRAS CLAVE: adultos mayores, situación sociofamiliar, estado nutricional índice de masa corporal (IMC), medidas antropométricas.

ABSTRACT

The research aimed to determine the socio-family and elderly nutritional status of the elderly in health center situation - San Juan de Miraflores , in March 2015 .To achieve this goal the sample of 39 elderly was used, the data collection instrument survey technique was applied , with the instrument : questionnaires ; as the scale of Gijon to measure technical and socio family guide anthropometric nutritional assessment of older adults to assess nutritional status.The following results : Of the 39 evaluated Seniors 5% are at risk of social problems , 51 % have high percentage acceptable social situation. According to nutritional status, 41 % have normal weight , according to Body Mass Index (BMI) , 67 % are at high risk of developing chronic diseases Noncommunicable as (index waist / hip) , 84 % have high percentage of fat mass as folds skin . On the other hand for the study was concluded regarding the socio family situation the elderly population is at social risk that is unfavorable according to their dimensions family relations, social relations and economic situation.Also, regarding the nutritional status the older adult population present inadequate anthropometric measurements which threatens to chronic non-communicable diseases.

KEY WORDS: elderly, social and family situation, nutritional status, body mass index (BMI), anthropometric measurements.

ÍNDICE

	Pag.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RECONOCIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
a) Delimitación Espacial	3
b) Delimitación Social	3
c) Delimitación Temporal	3
d) Delimitación conceptual	4
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	4
1.3.1 Problema principal	4
1.3.2 Problemas secundarios	4
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4.1 Objetivo general	4
1.4.2 Objetivos específicos	4
1.4.3 Identificación y clasificación de variables e indicadores	5
1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.6.1. Tipo de la investigación	6
1.6.2 Nivel de investigación	7
1.6.3 Método	7
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.7.1 Población	8
1.7.2 Muestra	8

1.7.3. Criterios de inclusión y exclusión	9
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.8.1 Técnicas	10
1.8.2 Instrumentos	10
1.9. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes de la Investigación	14
2.1.1. Antecedentes Nacionales	14
2.1.2 Antecedentes Internacionales	17
2.2 Bases Teóricas	20
2.2.1 Situación sociofamiliar	20
2.2.1.1. Situación Económica	21
2.2.1.2. Redes de Apoyo	23
2.2.1.3. Vivienda	26
2.2.1.4. Redes Sociales	28
2.2.1.5. Test de Gijón	29
2.2.2 Estado nutricional	30
2.2.2.1. Índice de Masa Corporal (IMC)	31
2.2.2.2. Índice Cintura Cadera (ICC)	34
2.2.2.3. Pliegues Cutáneos	35
2.2.2.4. Malos Hábitos Alimenticios	39
2.2.2.5. La Guía Técnica para la valoración nutricional Antropométrica de la persona adulto mayor establecida por el Ministerio de Salud.	41
2.3 Definición de términos	43
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	45
3.1 Presentación e interpretación de resultados	45
3.1.1. Distribución por sexo de la muestra.	45
3.1.2. Distribución de datos por dimensión contenidas en el test de Gijón.	47

3.1.3. Resultado global del test de Gijón	63
3.1.4. Distribución de datos por dimensión contenidas en la Guía Técnica para la valoración nutricional Antropométrica.	64
3.1.5. Resultado global del test de Estado Nutricional	74
3.2 Discusión de resultados	75
3.3 Conclusiones	78
3.4 Recomendaciones	78
3.5 Fuentes de información	79
ANEXOS	
Anexo 1: Consentimiento Informado	86
Anexo 2: Datos generales	87
Anexo 2: Valoración Sociofamiliar- Test de Gijón	88
Anexo 3: Valoración nutricional	90
Anexo 3: La Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulto mayor establecida por el Ministerio de Salud.	91
Anexo 4: Matriz de consistencia	99

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende contribuir y complementar los resultados obtenidos con la teoría respecto a la situación sociofamiliar como vivienda, relaciones sociales entre otros y el estado nutricional en el que se encuentra actualmente el adulto mayor que acude regularmente a un Centro del Adulto Mayor (CAM) del Seguro Social (ESSALUD) en el Perú.

Los adultos mayores son considerados una población en situación de vulnerabilidad debido a la inseguridad social y económica, ya que por mucho tiempo las políticas de estado no priorizaron a este grupo etario. La población adulta mayor es uno de los grupos de mayor riesgo frente a problemas nutricionales sobre todo aquellos que acuden un CAM de ESSALUD, este juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso natural, fisiológico, continuo e irreversible más no una enfermedad; está condicionado por diversos factores biopsicosociales entre ellos genéticos, ambientales; ya sea el soporte familiar, el nivel socioeconómico y los hábitos o estilos de vida, que ejercen una gran influencia en la calidad de vida de los adultos mayores.

El evaluar al adulto mayor, no solo es significativo para tener diagnóstico de enfermedades o patologías que pueda presentar, sino también para saber cómo interactúa esta población en el entorno social y familiar.

Es por ello que el objetivo de este estudio fue determinar la situación socio familiar y estado nutricional del adulto mayor del Centro Adulto Mayor EsSalud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015.

CAPÍTULO I

PROBLEMA METODOLOGICO

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La población Adulta Mayor, está incrementándose considerablemente en el mundo; y este envejecimiento lamentablemente se da en un contexto de inseguridad social y desprotección familiar: lo que genera en el Adulto Mayor inestabilidad y dependencia tanto emocional, como físico y social, que pone en riesgo su calidad de vida.

Los estilos de vida muchas veces van orientados a la ausencia de información y cultura de cada individuo, esto hace que se originen malos hábitos en la alimentación; generando la prevalencia de obesidad y desnutrición en el adulto mayor propenso a diversos factores de riesgo que pueden generar enfermedades crónicas no transmisibles así como mayor riesgo de hospitalizaciones, institucionalización, deterioro de la capacidad funcional y finalmente, aumento de dependencia y mortalidad.

En el Perú, y en particular en el distrito de San Juan de Miraflores, de un total de 404 mil habitantes, 39 mil 831 son adultos mayores según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) esta población tiene un porcentaje de pobreza de 16.55% a 19.85%. Las personas adultas mayores de esta población presentan sobrecarga familiar, ya que muchos de ellos

tienen el papel de jefe de familia, esto sumado al desinterés de las autoridades, ponen en riesgo la salud física y social del Adulto Mayor.

El seguro social de salud (ESSALUD), (a nivel nacional ya son 116 los centros del adulto mayor), en San Juan de Miraflores cuenta con un Centro del Adulto Mayor (CAM), ubicado en la Av. Pedro Bertonelli 791 – Altura de la cuadra 7 de la Av. San Juan; tiene aproximadamente 15 años de creación. Cuenta con espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, sociocultural, recreativo, productivo y de estilos de vida para un envejecimiento activo, aunque es pequeño cuenta también con otros servicios, como podología, fisioterapia, peluquería y entre estos un comedor, a este último acude el 48% de la población diaria de los adultos mayores, cuenta con 4 cocineras las cuales preparan en promedio 60 raciones al día según el cuaderno de control del comedor y el costo de cada menú era de 4 soles. A este centro acuden regularmente 452 afiliados. Pero, de acuerdo al cuaderno de asistencia acuden diariamente en promedio 113 adultos mayores a realizar diversas actividades.

A pesar que existe un comedor para los adultos mayores, se ha podido observar que la mayoría de estas personas presentaban un inadecuado estado nutricional el cual se evidencia con signos observables de sobrepeso y el mayor consumo de carbohidratos y la ausencia en el consumo de frutas y verduras. La mayoría de adultos mayores provienen de una familia constituida con hijos mayores que muchas veces forman un hogar lejos de los padres, quedándose solos o en compañía de su compañera y que debido a su limitación por la edad se ven obligados a alimentarse fuera de su hogar. Sin embargo, también existen adultos mayores que viven con sus hijos pero que estos se encuentran desprotegidos. Sea en ambos casos, estos adultos mayores se ven en la necesidad de acudir al CAM para hacer uso del comedor que lamentablemente, de acuerdo a lo observado, carece de un

adecuado sistema nutricional, como dieta balanceada e individualizada para cada adulto mayor.

Estos problemas sociofamiliares y nutricionales que se observan en los adultos mayores es probable que se deba a la ausencia de profesionales ya sea en gerontología como en nutrición, que puedan brindar un buen soporte gerontológico y que controle el menú que ofrece el comedor del CAM correspondientemente lo que estaría generando problemas en la calidad de vida.

De persistir este problema, la salud de los adultos mayores que acuden a alimentarse a este comedor, podría estar en riesgo, tanto social como nutricional, asimismo contraer enfermedades crónicas no transmisibles como la malnutrición por déficit o exceso, diabetes mellitus, hipertensión depresión, ansiedad, etc.

En este contexto, la investigación pretende dar a conocer la situación socio familiar y el estado nutricional en el que se encuentra aquellos adultos mayores que acuden a alimentarse al comedor del CAM, específicamente al de San Juan de Miraflores, con la intención de poder sugerir mejoras en el servicio que se pueda brindar.

1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION:

a) Delimitación Espacial

Centro del Adulto Mayor Es salud - San Juan de Miraflores, ubicado en la Av. Pedro Bertonelli 791 – Altura de la cuadra 7 de la Av. San Juan, Lima- Perú.

b) Delimitación Social

Adultos mayores asegurados al seguro social de salud (ESSALUD) que acuden regularmente al CAM.

c) Delimitación Temporal

Durante el mes de marzo 2015 a julio de 2016

d) Delimitación Conceptual

- **Situación socio familiar:**

Se basa en la relación familia y entorno social, ya que ello constituye una parte fundamental en el bienestar de la persona adulta mayor.

- **Estado nutricional:**

Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes que se hayan podido afectar.

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACION:

1.3.1. Problema principal

- ¿Cuál es la situación socio familiar y estado nutricional del adulto mayor del Centro Adulto Mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015?

1.3.2. Problemas secundarios

- ¿Cuál es la situación socio familiar del adulto mayor del centro del adulto mayor, según nivel socioeconómico, relaciones sociales y redes de apoyo del Centro Adulto Mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015?
- ¿Cuál es el estado nutricional del adulto mayor según el componente antropométrico del Centro Adulto Mayor Es Salud -San Juan de Miraflores, Marzo 2015?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

1.4.1. Objetivo general

- Determinar la situación socio familiar y estado nutricional del adulto mayor del Centro Adulto Mayor EsSalud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015.

1.4.2. Objetivo específicos

- Determinar la situación socio familiar del adulto mayor según nivel socioeconómico, relaciones sociales y redes de apoyo del Centro Adulto Mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015.

- Determinar el estado nutricional del adulto mayor según el componente antropométrico del Centro Adulto Mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015.

1.5. Operacionalización de Variables:

Variable	Definición Operacional	Escala de Medición	Dimensiones	Indicadores
SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR	Test de Gijón	Nominal	Situación socio familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Vive con familia - Vive con familia y es dependiente - Vive con cónyuge - Vive solo y carece de hijos - Vive solo y carece de relaciones
			Situación socioeconómica	<ul style="list-style-type: none"> - Más de 1.5 veces al salario mínimo - Hasta 1.5 veces al salario mínimo. - Hasta pensión mínima no contributiva - ONP, AFP pensión contributiva. - Sin ingresos o con ingresos inferiores al apartado anterior.
			Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales.

				<ul style="list-style-type: none"> - Relación social solo con familia y vecinos. - Relación social solo con familia. - No sale del domicilio, recibe visitas. - No sale y no recibe visitas.
			Redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - No necesita apoyo. - Con apoyo vecinal. - Voluntariado social. - Ayuda domiciliaria. - Necesita cuidados permanentes.
ESTADO NUTRICIONAL	Medidas antropométricas	Nominal	Índice de masa corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Talla
			Índice cintura cadera	<ul style="list-style-type: none"> - Perímetro de cintura - Perímetro de cadera
			Pliegues cutáneos	<ul style="list-style-type: none"> - Pliegue bicipital - Pliegue tricpital - Pliegue subescapular - Pliegue suprailiaco

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

1.6.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación se presenta de acuerdo a los siguientes criterios:

a.1.- Según la Orientación de la investigación:

La Investigación es aplicada porque utilizó en la práctica los conocimientos adquiridos, para ampliar y profundizar el saber de la realidad, que es un saber científico.

a.2.- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos o debido a la planificación de los datos:

El estudio observó y registró los datos relacionados con la Situación socio familiar y Estado nutricional de los Adultos Mayores. Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación; por lo que, se controla el sesgo de medición. Por este hecho la investigación fue retrospectiva.

a.3.- Según el periodo y secuencia de la investigación o el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio:

El estudio data la observación de dos variables en un período determinado de tiempo, o haciendo un corte en el tiempo siendo por lo tanto transversal.

1.6.2. Nivel de Investigación

Conforme a los propósitos de la investigación se centra en el nivel descriptivo. Descriptivo ya que expresa rasgos de la realidad y mostrará el comportamiento.

1.6.3. Método de investigación

Dentro del entorno del método científico, se utilizó el método de observación con la finalidad de comprender en detalle la naturaleza a investigar, su conjunto de datos, hechos y fenómenos. Posteriormente, se hizo uso del método lógico de la ciencia, es decir, la deducción, la inducción, el análisis y la síntesis procedimientos teóricos y prácticos con el objeto de la búsqueda del conocimiento.

En la etapa final del método científico, se complementó con el método estadístico pues se tuvo que recopilar, clasificar e interpretar los datos o valores obtenidos del instrumento de medición, que en este caso particular del estudio se utilizó el cuestionario, los cuales estuvieron medidos, en su mayoría, en una escala de tipo nominales.

1.7. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

1.7.1. Población

- La población de estudio estuvo conformada por 45 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor ESSALUD que acuden regularmente al comedor. Las características comunes de estos adultos mayores se presenta en el deseo de reunión con personas de su misma edad con la finalidad de tener distracción fuera de su hogar.

1.7.2. Muestra

El tamaño óptimo de muestra se determinó utilizando la fórmula del muestreo aleatorio simple para estimar proporciones la que se detalla a continuación:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

Z = Numero de desviaciones estándar respecto a la curva normal, 1.96

p = Proporción de adultos mayores que presentan buena situación sociofamiliar y estado nutricional en el CAM de San Juan de Miraflores (P = 0.5).

q = Proporción de adultos mayores que no presentan buena situación sociofamiliar y estado nutricional en el CAM de San Juan de Miraflores (Q = 0.5).

e = error muestral 6%

n = Tamaño óptimo de la muestra.

Entonces, con un nivel de confianza del 95% y 6% como margen de error muestral tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (45)}{(0.06)^2 (45-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n = 39 adultos mayores

La selección de estos adultos mayores fue de hecho de manera aleatoria.

1.7.3. Criterios de Inclusión:

- Ser Adulto Mayor.
- Pertenecer al Centro de Adulto Mayor Es Salud San Juan de Miraflores y ser comensales del comedor.
- Personas de ambos sexos.
- Personas que acepten voluntariamente participar en el estudio previa firma de un consentimiento informado (ANEXO 1).

1.7.4. Criterios de Exclusión:

- No ser adulto mayor.
- Personas que no acepten participar de este estudio.
- Presentar deterioro cognitivo evidente.
- Personas que no colaboraron con la evaluación en la fecha y hora programada.
- Personas adultas mayores que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

1.8. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACION

1.8.1. Técnicas

Previa coordinación con la jefa del Centro del Adulto Mayor Es salud San Juan de Miraflores, se realizó la encuesta a 39 Adultos Mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se les explico el motivo del estudio los mismos que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

Se prosiguió a realizar las mediciones antropométricas; siendo el primer paso la medida de la talla con el tallmetro de madera, toma de peso con la balanza de marca (SOEHNLE), medidas de cintura / cadera con centímetro de marca (TANITA), porcentaje de masa grasa con el plícometro de marca (SLIM GUIDE) y finalmente la encuesta de test de Gijón; estos datos fueron registrados en un cuestionario de recolección de datos (Anexo 2), para luego elaborar una base de datos y realizar el análisis estadístico respectivo.

Para la valoración socio familiar se usó una versión modificada de la Escala de Gijón adaptada a la realidad peruana por la Universidad Cayetano Heredia, que evalúa la situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social con puntajes del 1 a 5 por cada ítem, y clasifica a los adultos mayores en buena situación social (5-9 puntos), en riesgo social (10-14 puntos) y con problema social (≥ 15 puntos). La puntuación oscila entre 0 y 20, lo cual indica que a mayor puntuación, peor situación social.

1.8.2. Instrumentos:

Para el desarrollo de la investigación, se utilizó dos escalas Test de Gijón (ver anexo 2) ya que es el test más usado y con mayor confiabilidad para dichas valoraciones pues permite evaluar la situación sociofamiliar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyos de la red social de la población Adulta mayor. Asimismo, se utilizó la Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulto mayor establecida por el ministerio de salud (Ver anexo 3), que permite evaluar el índice de masa corporal, índice cintura/cadera, pliegues cutáneos de los adultos mayores y que

permite ver el estado nutricional del adulto mayor considerada en la presente investigación.

1.9. JUSTIFICACION, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

1.9.1. Justificación

1.9.1.1. Justificación practica

Desde el aspecto práctico, la investigación es conveniente porque nos permite conocer la situación socio familiar y estado nutricional de los Adultos mayores del Centro del Adulto mayor consumidores del comedor, Asimismo servirá de apoyo y/o base para otros estudios referentes a este tipo de problemática, fomentando así la investigación y actualización de los conocimientos en esta rama de la salud.

Los resultados del estudio permitirá modificar, complementar o apoyar los Centros del Adulto Mayor respecto a la “Situación socio familiar y Estado nutricional” de tal manera que contribuya favorablemente a los adultos mayores y el uso de los Comedores en beneficio de la población y de los Centros del Adulto mayor, beneficiando de esta manera a mejorar de la “Situación socio familiar y Estado nutricional”.

1.9.1.2. Justificación teórica

Desde el punto de vista teórico, busca conocer los instrumentos para facilitar la descripción de la “Situación socio familiar y Estado nutricional de los Adultos Mayores” con el fin de comprender el comportamiento en la realidad en la que se desarrolla los adultos mayores, lo que permitirá complementar o comprobar las teorías existentes sobre las variables en estudio y generalizar los resultados a principios más amplios de investigación.

1.9.1.3. Justificación metodológica

Finalmente, desde el punto de vista metodológico la investigación permitirá crear un nuevo instrumento para recolectar y posteriormente analizar los datos, que servirá como base para estudios posteriores lo que indudablemente contribuirá a comprender mejor el comportamiento de las variables de estudio ayudando en la definición del concepto o variable de estudio.

1.9.2. Importancia

La investigación es importante porque aportará con instrumentos debidamente validados que medirán empíricamente el comportamiento de las variables en estudio cuyos resultados favorables o desfavorables (positivos o negativos) permitirán formular y proponer programas de estrategias en Adultos Mayores esperando la mejora o solución de las variables de estudio propuestas.

1.9.3. Limitaciones

Para el desarrollo de la investigación se cuenta con fuentes de información estadística actualizadas, el material es vasto, extenso, tiene diversidad de enfoques y matices que se procederá a ordenar de modo que pueda ser la base , sustento y soporte del trabajo.

El proyecto no presenta ningún tipo de limitación en los siguientes aspectos:

Recursos Bibliográficos: Existe el material necesario como libros y revistas especializadas localizados en las diferentes bibliotecas de universidades privadas y públicas de Lima Metropolitana.

Recursos Económicos: La investigación esta sustentada por los recursos financieros previstos gracias al apoyo monetario de diferentes personas y de manera personal.

Recursos Tecnológicos: Respecto a este punto no se ha tenido problema alguno, pues se ha tenido acceso a los diferentes componentes tecnológicos, especialmente a software especializados que se requieren en el proceso de la elaboración de la tesis.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Nacionales

A nivel nacional, trabajos de investigación sobre situación socio familiar y estado nutricional del adulto mayor son limitados, sin embargo existen trabajos, pero abordados de manera independiente. Uno de ellos es la tesis de Silvinna, S. (2014), titulada “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012”, en la que concluye lo siguiente:

Se encontró que el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% grado de apoyo familiar bajo.

El 36,92% de adultos mayores hipertensos tuvieron un nivel de calidad de vida bueno; el 44,61% regular y el 18,47% presentaron nivel de calidad de vida deficiente.

Se encontró que los adultos mayores hipertensos evidencian una relación estadística significativa entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida, demostrándose que existe una correlación bilateral significativa entre ambas variables. (p. 50)

La situación socio familiar para el adulto mayor resulta fundamental, por lo que se espera recibir el adecuado apoyo de los integrantes que conforman la familia, para poder enfrentar situaciones difíciles.

Para la variable estado nutricional, la investigación de Manayalle, P. (2015), denominada “Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque 2013”, concluye lo siguiente:

El Estado Nutricional de los Adultos Mayores se caracterizó por presentar un poco más del 30% entre riesgo de malnutrición y malnutrición, según el MNA. El IMC promedio se encontró dentro de un rango normal superior, una circunferencia de pantorrilla menor a la adecuada en un poco más del 10% y en más del 30% pérdida de peso, estando presente en 3 de los 5 adultos mayores con malnutrición.

La polimedicación¹, la presencia de enfermedad aguda o estrés psicológico estuvo presente en más del 30% de AM y los problemas neurológicos: depresión o demencia en un poco más del 15%; estas características fueron referidas en los 5 AM con malnutrición.

El consumo de comidas completas era disminuido en más del 50%, la disminución de apetito estuvo presente en 4 de los 5 AM con malnutrición, por otro lado 3 de los 5 con malnutrición tenían adecuada hidratación.

Casi un 30% de AM consideraban presentar una malnutrición moderada o no podían valorar su estado nutricional, mientras que sólo un 10% consideraba un estado de salud peor al de sus contemporáneos².

Se encontró asociación entre NSE y el estado nutricional según el MNA,

¹ La polimedicación se entiende como el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, ya sean éstos prescritos por un profesional o fármacos de venta libre. Obtenido 23, 2016, de <http://polimedicao.org/el-laboratorio/la-polimedicao/>

² Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Se aplica a la persona que existió al mismo tiempo que otra persona o cosa o que pertenece a la misma época que ella.

encontrando NSE C Bajo Superior y NSE E Marginal en los adultos mayores malnutridos. Sin embargo, no se asocia el NSE con el estado nutricional clasificado según IMC. (p. 36)

Por ende, el estado nutricional en una persona se define como aquel resultado de la relación que existe entre el consumo de nutrientes y su requerimiento. Es así, que Sánchez, F. y De La Cruz, F. (2011), en su investigación titulada “Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana. 2011”, concluye lo siguiente:

El mayor porcentaje de la población adulta mayor se ubicó en el nivel socioeconómico medio bajo.

Más de la mitad de la población adulta mayor presentó hábitos alimentarios inadecuados con respecto a carnes, lácteos, menestras, frutas y verduras.

Los hábitos alimentarios que estuvieron asociados al NSE fueron el consumo de carnes, cereales, y de frutas y verduras. El NSE medio alto fue el que presentó mejores hábitos adecuados comparado con los otros NSE.

Más de un tercio de la población adulta mayor presentó sobrepeso, y una quinta parte obesidad.

El estado nutricional no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el NSE, aunque el NSE bajo presentó una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. (p. 27)

En definitiva, la principal finalidad de evaluar el estado nutricional en una persona o colectividad, es conocer y analizar los factores de riesgo de la malnutrición, y proponer adecuadas medidas que contribuyan a la mejora de la salud.

2.1.2. Internacionales

Trabajos internacionales de investigación sobre situación socio familiar y estado nutricional son limitados. Sin embargo, existen algunas investigaciones, abordadas de manera independiente, como la investigación de Velásquez, D. (2012), titulada “Condiciones socioeconómicas, familiares y de participación comunitaria del adulto mayor en la Urbanización de La Llanada, Sector II de la ciudad de Cumaná. Año 2011”, en la que se concluye lo siguiente:

En los aspectos sociodemográficos los adultos mayores de la urbanización la llanada sector II son en 63% del sexo femenino y 58 % son casados. Casi el 70% de la población estudiada se concentra en edades comprendidas entre 60 y 70 años de edad lo que indica que todavía se encuentran en la primera etapa de la vejez. Cerca de 10% son analfabetas y el 4,22 % son profesionales, ubicándose la mayor proporción (50,71%) en los que cursaron primaria completa. La vivienda donde residen son casas consolidadas, en su mayoría de su propiedad, y conviven con su conyugue o pareja en un 59%. En lo correspondiente al aspecto socioeconómico, el 94% recibe ingresos inferiores al salario mínimo, insuficiente para cubrir bienes y servicios indispensables para satisfacer las necesidades básicas, lo que incide en que su alimentación fuera calificada como regular por el 65 % de los entrevistados, entendiendo como tal que no es completa ni balanceada. En tanto a salud, el 99% se siente capacitado para valerse por sí mismo y el 72% presenta problemas de salud. Las enfermedades con mayor incidencia fueron la hipertensión arterial, diabetes y artritis; tratados con medicamentos que adquieren con sus propios recursos y que en un 95 % compran en farmacias.

En el aspecto familiar y auto percepción, el 80% de los adultos mayores se sienten amados y atendido por sus familiares. No obstante, sólo el 11% se siente feliz y el 18% solo y triste. Actitudes posibles de modificar con mayor atención familiar y programas sociales. (p. 74)

Cabe señalar, que para el adulto mayor envejecer involucra quebranto³ económico, físico y mental, lo que produce un gran deterioro de autonomía, situación en que los familiares, amigos, entre otros allegados, juegan un papel importante.

Por otro lado, Gonzales, J. (2011), en su investigación denominada “Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana”, concluye lo siguiente:

Demográficamente el mayor porcentaje de este grupo de adultos mayores está representado por mujeres.

Con relación a la clasificación nutricional se encontró un índice muy alto de población en riesgo y malnutrición 81%. En cuanto a la frecuencia de consumo esta población tiene una inadecuada ingesta de alimentos proteicos con alto valor biológico como la leche, la carne, el pescado y el pollo.

También es limitado el consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales los cuales se encuentran en las frutas y verduras. El 24% de la población ingiere tres comidas, es preocupante que el 76% solo consuma 1 y 2 comidas.

Otros factores de riesgo prevalentes relacionados con el estado nutricional fueron disminución en el apetito 39% y toma más de tres medicamentos al día 35%.

Las dificultades económicas de la población estudiada refleja la imposibilidad de tener una alimentación variada y nutritiva lo que conlleva al alto porcentaje de riesgo y mal estado nutricional.

³ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Falta de ánimos o de fuerza para hacer las cosas: después de la enfermedad, el quebranto de su persona era inmenso. Debilidad, decaimiento.

La concordancia⁴ de las respuestas entre los adultos mayores y sus familiares fue favorable arrojando como resultado una fuerza de concordancia del 66% entre muy bueno y bueno.

Para finalizar es importante tener en cuenta que los cambios fisiológicos que tienen lugar durante el envejecimiento no deben producir un impacto severo en el estado nutricional del adulto mayor; por lo tanto es necesario intervenir oportunamente. (p. 35)

Durante la etapa del envejecimiento uno de los aspectos importantes a considerar es el estado nutricional del adulto mayor, el cual es afectado por diversos factores. Por ello, la investigación de Turcios, S. (2012), denominada “Estado nutricional del adulto mayor: Estudio comparativo en una comunidad rural y dos instituciones urbanas de Quetzaltenango, 2012”, concluye lo siguiente:

La proporción de malnutrición en la población rural fue de 36% mientras que en la población urbana fue de 42%, hallazgo similar se encontró en otros estudios con características similares, en pacientes institucionalizados⁵.

El riesgo de malnutrición fue mayor para los ancianos del área comunitaria con un 48% y un 42% para el área urbana, similar a la encontrada en poblaciones guatemaltecas.

El estado nutricional normal fue igual tanto para el grupo urbano como para el grupo rural, con un 16% sin ningún tipo de malnutrición.

Se encontró que los ancianos del sexo femenino respecto a ancianos del sexo masculino tienen una mayor proporción de malnutrición, 49.20% mujeres y 25.80% hombres.

Se determinó que los adultos mayores de 75 a 90 años son el grupo etario con mayor proporción de malnutrición, 53%.

⁴ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. En gramática, relación sintagmática entre miembros de la misma frase o sintagma por la que determinados morfemas de género, número y persona se repiten.

⁵ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Convertir una cosa en institucional o darle carácter legal o de institución.

Se encontró que los ancianos del área comunitaria tienen mayores porcentajes de autonomía, independencia y movilidad a diferencia del área urbana, la actividad física mejora el estado nutricional de los adultos mayores.

Se determinó que los adultos mayores de los asilos tienen mayor proporción de problemas neuropsicológicos a diferencia de la comunidad, lo cual se asocia a mayor riesgo de malnutrición.

Los adultos mayores del área rural tienen menos acceso a alimentos que cubran sus necesidades energéticas a diferencia de los ancianos del área urbana, lo cual podría hacerlos vulnerables a padecer malnutrición. (p. 63 – 64)

Por consiguiente, un adecuado estado nutricional en el adulto mayor aporta a mantener sus funciones corporales, a su bienestar y mejorar su calidad de vida.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Situación Socio Familiar

El soporte familiar en la salud del adulto mayor es muy importante, por lo que se ha comprobado que sin soporte familiar o una red socio familiar adecuada, el adulto mayor tiene mayor probabilidad de mortalidad, situaciones depresivas, alteraciones cognitivas y deterioro de su estado de salud. (Ruiz, Campos y Peña, 2008)

Ahora bien, la familia cumple un rol importante en el desarrollo social y el bienestar de los miembros que la conforman. Es así, que como red social de apoyo, incrementa su importancia con el envejecimiento de sus miembros de avanzada edad, quienes presentan limitaciones en esta etapa de la vida, como el descenso de su actividad social. Por lo que acrecienta para el adulto mayor la valoración del entorno familiar, del cual recibe un apoyo irremplazable. (Cervera, Hernández, Pereira y Montes, 2008).

Por consiguiente, el nivel de dependencias físicas y mentales es definitivo en el funcionamiento familiar, por lo que los miembros de la familia, asumen nuevas obligaciones para cuidar al adulto mayor. Por ello, el adecuado medio para otorgar la mejor protección a las personas en esta edad es la familia.

La familia es la base de la sociedad y el principal espacio para el buen desarrollo de sus miembros. Es así, que para el adulto mayor la familia representa la posibilidad de permanencia y estabilidad en un grupo. Como lo sostienen Domínguez, Espín y Bayorre (2001), “es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada”. (p. 418)

Por ello, es beneficioso que se generen relaciones familiares armoniosas, que favorezcan a establecer un confort⁶ emocional en el adulto mayor, evitando factores de riesgo para su salud.

2.2.1.1. Situación Económica

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), sostiene que el acrecentamiento de los adultos mayores no productivos ha generado que en la mayoría de países se establezcan como uno de los grupos más pobres. (Cruz y Guadalupe, 2009).

Al respecto, Mendoza y Martínez (citado por Cruz y Guadalupe, 2009), mencionan que la situación económica de los adultos mayores en un período determinado acatará de una complicada combinación de elementos que interactúan entre sí, como el curso vital en los que encuentran y las personas que lo rodean.

⁶ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Dar ánimos, apoyo y consuelo a una persona para que sea fuerte en una situación triste o adversa: tus palabras de ánimo me confortan. Reconfortar.

Para asegurar una buena calidad de vida del adulto mayor, es importante considerar que sus ingresos acatan a diversos factores como la edad, el estado de salud, los cambios de su domicilio, los estándares de gasto, entre otros. (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2006). Es decir, la situación económica del adulto mayor está sujeta a sus antecedentes laborales y las circunstancias actuales de acceso a una plaza de trabajo.

Sin embargo, la situación económica no solo abarca que los adultos mayores cuenten con recursos, sino también es importante la cantidad que tienen y si estos son suficientes para subsistir⁷ dignamente, el tiempo con que los recibe, y finalmente que tengas total disponibilidad de los mismos. (Madrigal, 2010)

El hecho de que el adulto mayor cuente con una adecuada situación económica le permite satisfacer sus necesidades primordiales, lo cual le agrega calidad a los años de vida. Le propicia el desempeño de roles significativos, logrando participar en su vida cotidiana como ciudadanos con derechos. (Huenchuan y Guzmán, 2006).

Ahora bien, gran parte de los adultos mayores no disponen de manera independiente de una cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes que les permita asegurar una buena calidad de vida. Por lo que, una adecuada situación económica permite al adulto mayor a asegurar su sostenimiento efectivo, concediéndole la suficiente capacidad para poder subsistir, satisfaciendo sus necesidades primordiales, teniendo independencia en la toma de decisiones, favoreciendo su autoestima resultado del desempeño de roles significativos. (Hartman, 2011)

⁷ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Existir todavía una cosa o mantenerse en el mismo estado o situación. Perdurar.

Por ende, la situación económica en el adulto mayor está determinada por su potestad adquisitiva, derivada de distintas fuentes como el trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. (Hartman, 2011).

2.2.1.2. Redes de Apoyo

Son significativas para los adultos mayores, por lo que influyen en su calidad de vida, interviniendo no solo en la mejora de su contexto objetivo mediante el suministro de apoyos materiales; sino también por el impacto significativo del apoyo en el aspecto emocional.

Al respecto, Antonucci y Akiyama (citado por Guzmán y Montés, 2003), sostienen que “las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones”. (s/p).

Cabe señalar, que las redes de apoyo están formadas por todas aquellas relaciones significativas que un individuo ha establecido en su vida. Concretamente con sus familiares cercanos, amigos y compañeros de trabajo, siendo éstas muy importantes en la adultez mayor, por lo que conforman un “importante recurso de afrontamiento de diversos estresores asociados con el envejecimiento, como los sentimientos de soledad, inseguridad y ansiedad; al tener una red social, el adulto mayor sabe que cuenta con alguien capaz de brindarle ayuda, cuidado y consejo”, indican Rivera y Montero (citado por Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011, p. 91)

Las redes de apoyo hacen referencia a las transacciones interpersonales que involucran apoyo, afecto y afirmación. Y es a este acumulado de transacciones interpersonales que se aplican en las redes, a las que se les denomina transferencias, que se desenvuelven como una entrega de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. (Guzmán y Montés, 2003, s/p)

En este aspecto, se consideran cuatro categorías específicas en relación a las transferencias o apoyos, siendo las materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos, detallándolas a continuación:

- Los apoyos materiales: implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo, regalos, etc.) y no monetarios bajo otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)
- Los apoyos instrumentales: como el transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.
- Los apoyos emocionales: Expresados por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc.
- Los apoyos cognitivos: hacen referencia al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, etc. (Guzmán y Montés, 2003, s/p)

Por otro lado, existen fuentes de apoyo del adulto mayor que conforman las redes de apoyo, las cuales se distinguen en fuentes formales y fuentes informales de apoyo. Es así, que el sistema formal de apoyo manifiesta una organización administrativa, cuenta con objetivos específicos en diversas áreas, empleando a distintos profesionales para el cumplimiento de metas. Por otro lado, el sistema informal está establecido por las redes personales y redes comunitarias. (Guzmán y Montés, 2003).



Figura 1: Tipos de Fuentes de Apoyo

Fuente: Guzmán, J. y Montés, V. (2003).

Dentro del apoyo informal, pertenece la familia, la cual es una de las maneras más comunes de apoyo en el adulto mayor. No obstante, existen situaciones que cuestionan la capacidad de la familia para asumir aquellas responsabilidades en un futuro. Entre las causas se encuentran los cambios demográficos, específicamente el descenso de la fecundidad, lo cual afectara al reducir la cantidad de miembros de la familia que otorguen apoyo. Por otro lado, el apoyo familiar está basado principalmente en la asistencia femenina, no obstante, la acrecentada intervención de la mujer en la actividad económica, inclinada a una mayor independencia dentro del ámbito social, coloca en incertidumbre⁸ la continuación del apoyo por parte de la mujer del hogar al adulto mayor, sostiene Sánchez (citado por Guzmán y Montés, 2003.).)

Por otro lado, las redes de amigos y vecinos se instituyen como importantes fuentes de apoyo. Es así, que las relaciones de amistad están constituidas por beneficios usuales y actividades compartidas. Por ello, Trimberger (citado por Guzmán y Montés, 2003.), indica que “los apoyos dados por la red de amigos son

⁸ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Falta de conocimiento seguro o fiable sobre una cosa, especialmente cuando crea inquietud en alguien: no sabía si había aprobado o no y esa incertidumbre lo angustiaba. Certeza, certidumbre.

más públicos que los que operan al interior de la familia pero más personales que los que vienen del sistema formal” (s/p)

En relación a los apoyos informales, se sitúan las redes comunitarias, las cuales proceden de organizaciones que administran concretamente sus acciones a los adultos mayores de su pertenencia. Pudiendo recibir apoyo a través de ayudas instrumentales, materiales o de apoyo emocional. Además, por medio de organizaciones donde el adulto mayor participa constantemente, siendo parte de sus decisiones. En este tipo de organizaciones, destacan por un lado, las de auxilio y beneficencias, y por el otro, las organizaciones privadas de personas de avanzada edad. (Guzmán y Montés, 2003).

Agregado a ello, las redes de personas que no son parte de la familia pueden integrar la red comunitaria. Es así, que estas redes “van más allá y la diferencia la establecen los niveles de proximidad, confianza e intimidad, la intensidad de la relación y la reciprocidad entre pares”. (Montes de Oca, 2006, p. 38)

Las redes comunitarias se caracterizan por su territorialidad⁹ y el modo de comunidad al que se pertenece, donde se involucran características parecidas. Se conforman por la cercanía geográfica o la misma vecindad la que promueven su creación. (Montes de Oca, 2006).

2.2.1.3. Vivienda

La vivienda es aquel espacio único en el que se integran todas las funciones de los espacios habitables en los que participa cada ser humano. Por ello, una vivienda accesible hace referencia a aquel ambiente en el que un individuo o familia lleva a cabo sus actividades importantes, como el descansar, alimentarse, aseo personal, entre otros. Realizando todas las actividades vitales de la vida con total

⁹ Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L. Condición de las cosas en cuanto están dentro el territorio de una nación o Estado.

seguridad, confianza, comodidad y plena autonomía. (Norma Cubana – NC 641 - 391).

Ahora bien, contar con una vivienda en adecuado estado, es un aspecto muy importante que influye en la calidad de vida del adulto mayor, por lo que representa un espacio físico para desarrollarse a plenitud y dentro del cual su familia se mantenga unida, respetando sus bienes adquiridos. (Vera, 2007).

Es así, que la Declaración Universal de Derechos Humanos, señala en su artículo 25, numeral 1º, que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”. Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en su artículo 11, indica que “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia (...)”.

Por consiguiente, el adulto mayor tiene derecho a tener y gozar de una vivienda digna y adecuada, idónea¹⁰ para sus necesidades, y sobre todo que asegure el habitar en ambientes seguros y adaptables. Agregado a ello, el adulto mayor, en el seno de su familia, logra satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda, vestido, entretenimiento; y, en general, constituye una cultura de unificación¹¹ en la vida comunitaria.

¹⁰ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Que es adecuado o conveniente para una cosa, especialmente para desempeñar una función, una actividad o un trabajo: el barro es una materia idónea para ser moldeada.

¹¹ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Unión de varias cosas en una sola o en un solo conjunto.

2.2.1.4. Redes Sociales

Las personas mayores que desarrollan redes sociales significativas, adquieren percepciones que son fundamentales en su calidad de vida. En general, todos los seres humanos pertenecen a diversas redes sociales a lo largo de su vida, especialmente de apoyo afectivo, trasladándose de unas redes a otras, las cuales son importantes en el desarrollo de la persona. Ahora bien, el adulto mayor en la etapa de la vejez, distingue distintos cambios en su estilo y calidad de vida que ha desenvuelto a lo largo de su vida, como en el sistema social que pertenece y familiar que ha desarrollado.

La etapa que vive el adulto mayor, según los estereotipos¹² culturales del mundo, es considerada como la etapa de la pérdida de capacidades, específicamente las que están relacionadas al aspecto físico, que involucra aspectos de la belleza, agilidad, competencia, entre otros. Los cuales son factores que conllevan al aislamiento en el que muchos adultos mayores incurren, donde sus necesidades sociales, económicas y emocionales son factores de causa, en caso de no satisfacerlos adecuadamente.

De manera que, la presencia de redes sociales aporta a la integración social del adulto mayor, garantizando su actuación activa como ciudadano. Teniendo como efectos positivos la posibilidad de que el adulto mayor pueda enfrentar acontecimientos de tensión, los cuales demandan de una capacidad de adaptación; entre las cuales se mencionan aquellas situaciones que son producto de los cambios físicos, mentales y de salud que pueden percibir. (Santos, 2009)

En este sentido, “las redes sociales y la integración social ayudan a mantener la percepción y el sentido de control sobre las situaciones, lo que disminuye los

¹² Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o por una sociedad y que tiene un carácter fijo e inmutable: esa novela está llena de estereotipos: el malo es muy malo y el bueno es buenísimo.

riesgos de morbilidad, mortalidad e internamiento de los adultos mayores” (Santos, 2009, p. 166)

Las redes sociales y la familia constituyen alternativas estratégicas en la atención del adulto mayor, específicamente en aquellos grupos que no cuentan con acceso de ningún tipo para poder satisfacer sus necesidades. Por lo cual su sobrevivencia se vuelve dependiente del entorno familiar y de sus redes sociales de apoyo, en los cuales han mantenido sus relaciones afectivas, guardando información estratégica en la cotidianidad, entre otros, y en conjunto garantizar su calidad de vida. (Guzmán, Huenchuan y Montés de Oca, 2003).

Cabe destacar, que los adultos mayores que reciben apoyo social en referencia a conversaciones telefónicas, paseos, distracciones y visitas con amistades, familiares, vecinos y son partícipes de acciones sociales, disfrutan de buena salud. Se adquiere un impacto efectivo en la salud cuando las acciones que realizan los adultos mayores son significativas y no se trata de una participación inactiva, señala Krasssoievitch (citado por Montes de Oca, 2006).

Agregado a ello, se afirma que las personas que mantienen relaciones estables con diversos familiares, amistades y organizaciones sociales logran vivir más tiempo que los que escasean de ellos. Sin embargo, este apoyo social es efectivo cuando se otorga en la situación necesaria, de lo contrario puede tener efectos perjudiciales, al originar dependencias y deteriorar la autoestima. (Montes de Oca, 2006).

2.2.1.5. Test De Gijón

Es desarrollado en población de 65 años a más, considerada adulto mayor. Su aplicación permite “detectar situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria”. (Juntas de Anda Lucía, 2016).

Se trata de una escala hetero administrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems o áreas, siendo la situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, y apoyos de la red social; las cuales constan con cinco posibles categorías cada una de ellas. Estas categorías establecen “un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global”. (Montenegro, Salazar, De la Puente, Gómez y Ramírez, 2009).

Cabe señalar, que es recomendable utilizarla empleando un registro independiente de cada una de las variables, por lo que su primordial empleo no se basa en detallar un riesgo social, por el contrario su fin es sino manifestar aquellas dimensiones deficientes.

2.2.2. Estado Nutricional

Es importante señalar que un estado nutricional saludable aporta a mantener y optimizar el estado funcional y mental de la persona, por lo que favorece a mejorar la calidad de vida del mismo.

Es así, que distintos estudios han afirmado que los adultos mayores que no cuentan con ninguna enfermedad y conservan una vida saludable y activa, a pesar de los cambios fisiológicos que se producen por la edad, conservan un adecuado estado nutricional. No obstante, los adultos mayores que presentan enfermedades crónicas con elevados porcentajes de alteraciones, dan muestra de un mal estado nutricional. (Villalobos, 2011)

Es importante señalar, que la nutrición desenvuelve un papel muy importante en el proceso de envejecimiento de todas las personas, por medio de cambios en los distintos órganos y funciones del organismo. Por ello es fundamental evaluar constantemente el estado nutricional de los adultos mayores. En relación a ello, la Organización Panamericana de la Salud. (2006), señala lo siguiente:

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Esto implica que debe ser realizada en forma interdisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad. (p. 60)

De modo que, la valoración del estado nutricional del adulto mayor, procura a través de técnicas simples, adquirir una aproximación de la composición corporal de la persona, información que se puede conseguir conociendo la dieta usual, las variaciones en la ingesta, los cambios en el peso y la capacidad funcional de la persona. De manera que, “una evaluación del estado nutricional completa debe incluir antropometría y la evaluación de los patrones alimentarios, de la ingesta de fuentes de energía y nutrientes, de algunos parámetros bioquímicos y de indicadores de independencia funcional y actividad física” (Organización Panamericana de la Salud, 2006, p. 64)

2.2.2.1. Índice de Masa Corporal (IMC)

Hace referencia a un parámetro que instituye la condición física del individuo relacionado a su peso y estatura. Por lo que es calificado como uno de los más óptimos métodos para conocer si se está en un estado saludable, o por el contrario, si existe algún riesgo de desnutrición u obesidad; los cuales son problemas de salud que pueden ocasionar la muerte.

Se representa a través de un número que se calcula en base al peso y la estatura de la persona. El IMC es un indicador del volumen del cuerpo con gran confiabilidad en la mayor parte de las personas. Además, diversos estudios han comprobado que tiene una correlación con medidas directas de la grasa corporal,

tales como el peso bajo el agua y la absorciometría¹³ dual de rayos X. Por ello, el índice de masa corporal puede ser considerado como una alternativa empleada para controles directos de la grasa corporal. Agregado a ello, es un procedimiento económico y fácil de realizar para revelar ciertas condiciones de peso que pueden originar problemas de salud en las personas. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2015)

Por otro lado Dorn, Trevisan y Winkelsteien (citado por Lopategui, 2008), sostienen lo siguiente:

El Índice de Masa Corporal (IMC), representa la relación entre masa corporal (peso) y talla (estatura. Esta prueba se fundamenta en el supuesto de que las proporciones de masa corporal/peso, tanto en los grupos femeninos como masculinos, poseen una correlación positiva con el porcentaje de grasa corporal que posee el cuerpo. (p. 1)

De modo que, este índice se utiliza primordialmente para establecer el nivel de obesidad de las personas, así como de su bienestar general. Asimismo, “una clasificación alta en el IMC comúnmente se asocia con un mayor riesgo de mortalidad debido a cardiopatías coronarias en la población masculina”, aseguran Dorn, Trevisan y Winkelsteien (citado por Lopategui, 2008, p. 1)

De tal modo, es considerado como uno de los más óptimos métodos en la evaluación del sobrepeso y la obesidad de la población en general. Su aplicación es fácil, por lo que el cálculo solo necesita de la estatura y el peso de la persona. Su uso es económico y fácil para el personal médico y el público en general. Es necesario e importante, por lo que concede que las personas puedan comparar su

¹³ Es la técnica de elección para diagnosticar la osteoporosis y monitorizar la respuesta al tratamiento. Además, es útil para estudiar la composición corporal. Obtenido 23, 2016, de <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-absorciometria-con-rayos-x-doble-S0033833811003729?redirectNew=true>

propio nivel de peso con el peso promedio establecido. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2015)

Principalmente es empleado para controlar el desarrollo de niños y adolescentes, los cambios que se producen en los adultos mayores a causa envejecimiento, el peso corporal de deportistas que participan en distintas competencias con regulación de peso, entre otros. Asimismo, los resultados del IMC permiten proponer recomendaciones nutricionales para mejorar la salud de las personas.

Según indica la Organización Mundial de la salud, el IMC suministra “la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades”. (s/p). No obstante, se recomienda considerarlo como un valor aproximado por lo que en ciertas ocasiones no puede relacionarse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

El procedimiento para calcular el IMC es fácil, como lo indica Lopategui (2008), es importante comprender que representa la razón de la masa corporal de la persona (Kg) a la talla, al cuadrado (m²). Ilustrado se representa el IMC (kg/m²), el cual resulta de la división de la masa corporal de la persona entre el cuadrado de la talla de determinada persona. Lo que se expresa de la siguiente manera:

$$\text{IMC} = \text{MC (kg)}/\text{T}^2 \text{ (m)}$$

Donde:

IMC = Índice de Masa Corporal

MC = Masa Corporal (kg)

T = Talla (m)

m = metros

100 cm = 1 m

Figura 2: Cálculo del Índice de Masa Corporal

Fuente: Lopategui, E. (2008). *Determinación del Índice de Masa Corporal (Índice de Quetelet)*. Salumed.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el IMC permite clasificar la población en los siguientes valores:

- IMC < 15: personas en situación de inanición o delgadez extrema
- IMC entre 15 y 18.5: personas con excesiva delgadez
- IMC entre 18.5 y 25: personas con el peso ideal
- IMC entre 25 y 30: personas con sobrepeso
- IMC entre 30 y 40: personas obesas
- IMC > 40: personas con obesidad mórbida. (s/p)

En definitiva, el Índice de Masa Corporal es desarrollado y empleado a efectos estadísticos, por lo que no es un parámetro exacto. Su valor varía en base a una cadena de parámetros, entre las que destacan la masa muscular, la estructura ósea, el género, la etnia entre otros.

2.2.2.2. Índice Cintura Cadera (ICC)

También señalado como Cociente Cintura/Cadera, es aquella medida antropométrica definida para medir los niveles de grasa intraabdominal, que proporciona información referente a la existencia de algún riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares como consecuencia del sobrepeso. Es así, que para calcular el ICC se procede a dividir la circunferencia de la cintura por el perímetro de la cadera, es decir, $ICC = \text{cintura (cm)} / \text{cadera (cm)}$.

Para proceder a medir las circunferencias señaladas previamente, sólo se requiere de una cinta métrica de suficiente longitud, cuya exactitud debe demostrarse. En relación a ello, Moreno, Monereo y Álvarez (2000), sostienen lo siguiente:

La medida de la cintura es la obtenida en el nivel medio entre los márgenes costales inferiores y las crestas ilíacas al final de haber realizado una espiración. (...). La circunferencia de la cadera es la mayor circunferencia que

se obtiene en los trocánteres mayores. El índice entre estas dos variables, o índice cintura/cadera, guarda una correlación con la aparición de complicaciones metabólicas asociadas a obesidad, como dislipidemia¹⁴, diabetes tipo 2 o enfermedad cardiovascular, y ha permitido clasificar la obesidad en “androide o central” y “ginoide¹⁵”. (p. 173)

Es importante conocer el patrón de distribución de la grasa corporal por su relación con el riesgo cardiovascular. Por ello, el índice Cintura Cadera (C/C) es admitido como un buen indicador de la obesidad central, y, a pesar que sus valores no se encuentran claramente definidos, a partir de los cuales se observa un aumento del riesgo cardiovascular, la Organización Mundial de la Salud propone que los valores aceptables para el hombre son de 1 y 0.8 para las mujeres. Es decir, los valores superiores se consideran de riesgo cardiovascular, diabetes, presión arterial elevada, entre otras enfermedades. En representación los valores normales de este índice quedan definidos de la siguiente manera: Mujeres: ICC entre 0,71-0,85 y Hombres: ICC entre 0,78-0,94. (Moreno, Monereo y Álvarez, 2000).

En definitiva, hace referencia a una medida importante que trata de evaluar la distribución de la grasa en las regiones inferiores y superiores del cuerpo de las personas, y la obesidad en la región superior del cuerpo (cintura), lo que se le conoce como “adiposidad central”.

2.2.2.3. Pliegues Cutáneos

Hacen referencia al reflejo del tejido adiposo subcutáneo de la persona. Es así, que Sillero (2005), sostiene que “al tomar los pliegues se registra el espesor de una capa doble de piel y del tejido adiposo subyacente y se expresa en milímetros. Los pliegues se miden con el plicómetro”. (p. 25)

¹⁴ Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L. Aumento anormal de los valores del colesterol y de otros lípidos en la sangre.

¹⁵ La obesidad ginoide es aquella en la que la grasa del cuerpo se acumula en la parte inferior, es decir, abdomen inferior, nalgas y muslos. Se dice que la persona adquiere forma de pera, al resultar más ancha en la parte inferior que en la superior. Obtenido 23, 2016, de <http://www.guiaobesidad.com/obesidad-ginoide>

Por otro lado, Suverza y Haua (2009), sostienen que los pliegues cutáneos “son espesuras de dos pliegues de piel y tejido adiposo subcutáneo en sitios específicos del cuerpo. Su medición tiene el propósito principal de explorar las reservas energéticas del cuerpo disponibles como tejido adiposo”. (p. 45). De modo que, algunas mediciones de pliegues emplean ecuaciones para evaluar la masa muscular y otras divisiones corporales.

Cabe señalar, que la realización de medidas de pliegues cutáneos es considerada como una de las más difíciles entre todas las técnicas antropométricas. Por lo que llevar a cabo este tipo de medidas de una manera confiable requiere mucha práctica y aplicación por parte del medidor encargado. (González y Ceballos, 2003)

De manera que, “la utilización de los pliegues para conocer la adiposidad corporal general se basa en el supuesto de que el tejido adiposo subcutáneo es representativo de la grasa corporal total”. (Suverza y Haua, 2009, p. 46). Sin embargo, es importante considerar que las variaciones individuales son capaces de cambiar la capacidad de predecir de las ecuaciones en las cuales están agregados los pliegues. Por ende, con la valoración de la grasa corporal con pliegues cutáneos se hace a partir de fórmulas que evalúan la densidad corporal, y con la densidad corporal se evalúa la masa grasa.

Ahora bien, ante los cambios que se producen en el adulto mayor, es necesaria la realización de mediciones que permitan interpretar con mayor exactitud su composición corporal. Uno de estos indicadores antropométricos son los pliegues cutáneos, que se encargan de medir la reserva de grasa subcutánea; que representa el 50% del tejido adiposo total. En relación a ello, la Secretaría de Salud de México (2002), explica que “cuando se produce pérdida de grasa ésta ocurre de modo proporcional en todo el organismo. Aunque conviene realizar las mediciones en más de un pliegue para obtener información más confiable”. (p. 34)

De modo que, los pliegues se miden con el plicómetro y, a la hora de realizar la medición, Sillero (2005), indica que es importante considerar los siguientes puntos:

- El tipo de plicómetro utilizado: El factor clave de la precisión del plicómetro es la presión ejercida por las ramas, que suele estar entre los 9 y 20 gr/mm², sin variar más de dos gr/mm² en su recorrido entre los 2 y 40 mm.
- La localización del pliegue: Algunos pliegues son bastante fáciles de localizar y no presentan excesivas variaciones cuando se realizan varias mediciones. Sin embargo, otros como el pliegue del muslo y abdominal, suelen registrar más variación. En general, cuanto mayor sea el pliegue más difícil será realizar dos tomas similares, debido a la presión de las pinzas hacen que el panículo adiposo se distribuya de manera diferente en cada medición.
- El tamaño del pliegue: Con los dedos pulgar e índice se debe coger solamente el tejido subcutáneo. Para cerciorarnos de que no hayamos cogido tejido muscular, se puede pedir al sujeto que contraiga y relaje el músculo. El plicómetro se debe situar a 1cm de los dedos y con las ramas del mismo perpendiculares a la superficie que se está midiendo, tratando de coger el pliegue mínimo.
- El número de toma realizada: Al menos se precisan 2 o 3 medidas de un mismo pliegue, de los cuales se coge la media.
- El posicionamiento del plicómetro: Debe estar formado 90° con el segmento donde se localiza el pliegue que estamos midiendo. (p. 25 – 28)

Cabe señalar que los pliegues cutáneos más comunes son los siguientes:

- Pliegue Tríceps: El cual está situado en el punto medio acromio – radial, en la parte posterior del brazo. Es un pliegue vertical, y va paralelo al eje longitudinal del brazo.

- Pliegue Subescapular: Está situado a dos centímetros del ángulo inferior de la escápula, en dirección oblicua, hacia abajo y hacia afuera, formando un ángulo de 45° con la horizontal.

Asimismo, González y Ceballos (2003), indica que “es una medida común de la grasa subcutánea y el espesor de la piel en el espacio posterior del torso. El sitio puede palpase fácilmente en el borde vertebral de la escápula”. (s/p)

- Pliegue Bíceps: Está situado en el punto medio acromio – radial, en la parte anterior del brazo. El pliegue es vertical y corre paralelo al eje longitudinal del brazo.

Agregado a ello, “es un sitio de medición de grasa relativamente poco usado. Consecuentemente, permanece pobremente definido y la reproducibilidad no esté bien establecido”. (González y Ceballos, 2003, s/p)

- Pliegue Pectoral: Está localizado en la línea que une la axila con el pezón. Es el punto más próximo al faldón axilar y oblicuo hacia abajo. Se toma en el mismo lugar en ambos sexos.

- Pliegue Supraespinal o Suprailiaco anterior: Está localizado en la intersección formada por la línea del borde superior del íleon y una línea imaginaria que va desde la espina ilíaca antero – superior derecha hasta el borde axilar anterior. Se sigue la línea natural del pliegue medialmente hacia abajo, formando un ángulo aproximado de 45° con la horizontal. Además, “en adultos este punto suele estar entre unos 5 – 7 cm por encima de la espina ilíaca antero – superior. Algunas investigaciones han encontrado correlaciones relativamente altas entre este pliegue y la grasa corporal total, especialmente altas en mujeres”. (González y Ceballos, 2003, s/p)

- Pliegue Abdominal: “Está situado lateralmente a la derecha, junto a la cicatriz umbilical en su punto medio. El pliegue es vertical y corre paralelo al eje longitudinal del cuerpo. No se debe coger la cicatriz umbilical cuando se toma el pliegue”. (Sillero, 2005, p. 25 – 28)

Asimismo, González y Ceballos (2003), indica que “es relativamente fácil su acceso, relativamente grande, muestra diferencias considerables entre los sujetos y su ubicación lo hace razonablemente reproducible”. (s/p)

- Pliegue Axilar: Este pliegue es potencialmente importante como índice de adiposidad de la parte superior del tronco. Es así, que González y Ceballos (2003), indica que “la localización del punto esta menos estandarizada que la del pliegue subescapular. En los obesos es más fácil medir este pliegue, que la mayoría de otros pliegues del tronco, ya que los valores tienden a ser muy bajos”. (s/p)

Es importante, que la medición de pliegues cutáneos se realice con personal capacitado e indicado, de lo contrario se puede ver afectado por diversas fuentes de errores, como en la técnica de medición, calidad inadecuada de los equipos, entro otros factores.

2.2.2.4. Malos Hábitos Alimenticios

El modo en que una persona o colectividad humana elige, prepara y consume ciertos alimentos, establecen los hábitos de alimentación. De modo que, Cornatosky, Barrionuevo, Rodríguez y Zeballos (2009), explica que los hábitos alimentarios son complejos y en su distribución interceden variados factores como : “el primero determinado por factores geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos, de infraestructura y transporte, que influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo”. (s/p)

Agregado a ello, como segundo factor que está involucrado en la toma de decisiones y en la selección de cada persona de los alimentos en base a la oferta presentada. Es en este grupo, que sobresalen los siguientes aspectos: “psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, tradiciones, simbolismo, nivel educativo, nivel de información y concientización por la salud y cuidado personal, el marketing, la publicidad y los medios de comunicación entre otros” (Cornatosky, Barrionuevo, Rodríguez y Zeballos, 2009, s/p).

Por ello, la acción de comer adquiere un significado difícil que se basa en las necesidades biológicas de complacer las necesidades energéticas y nutricionales de cada persona.

Cabe destacar que adulto mayor es toda persona de 65 años a más, que se encuentra en una etapa donde empiezan a presentar deficiencias funcionales, como producto de ciertos cambios en el organismo, psicológicos y sociales, determinados por aspectos hereditarios, los estilos de vida y elementos ambientales. Es así, que el envejecimiento suele ser la suma de todos aquellos cambios que suceden a lo largo de la vida en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte. (Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela, 2006)

Dichos cambios que percibe el adulto mayor pueden variar por los estándares de alimentación y el estado nutricional que mantengan. Está comprobado que los hábitos alimentarios incorrectos resultan ser elementos de riesgo significativos de enfermedades e incluso de muerte, por lo que aportan a tener una acrecentada¹⁶ tendencia a adquirir infecciones y enfermedades relacionadas con el envejecimiento lo cual ocasiona la reducción de la calidad de vida de este grupo de personas. (Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela, 2006)

Ahora bien, existen trastornos alimenticios que se originan por déficit o exceso de ciertos alimentos. El exceso de alimentos produce trastornos leves en la persona, entre ellos se tiene:

La obesidad, la arteriosclerosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, las hernias y el estreñimiento se relacionan con dietas pobres en fibras, la hipertensión arterial está relacionada con comidas saladas, picantes y ricas en grasas. Las caries dentales están relacionadas con los azúcares que son atacados por microorganismos. (Villalobos, 2011, s/p)

¹⁶ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. Hacer más grande, fuerte o intenso. Aumentar.

Entre las enfermedades producidas por deficiencia de vitaminas como es la “vitamina B1 que su estado carencial provoca el beriberi, la B12 la aciduria metilmalónica¹⁷, neuropatía periférica, anemia perniciosa, la vitamina C que produce escorbuto, la vitamina A que produce ceguera nocturna, trastornos en el crecimiento y desarrollo”. (Villalobos, 2011, s/p)

Es importante tener en cuenta que los riesgos de adquirir alguna enfermedad están presentes a lo largo de toda la vida y cada etapa muestra un conjunto de riesgos, que se almacenan para después ser mostrados en la etapa adulta. Por ello, aquellas conductas que han sido adquiridas de manera poco saludables son embarazosas de cambiar en esta etapa de la vida, por ejemplo al pretender eliminar el uso de tabaco, modificar ciertos hábitos alimentarios y promover el ejercicio físico en adultos. (D`Hyver y Gutiérrez, 2014)

Ante ello, es fundamental que se haga una adecuada planificación de una alimentación proporcionada, agrupando los alimentos según su composición y funciones que los caracteriza.

2.2.2.5. La Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulto mayor establecida por el Ministerio de Salud.

Esta Guía Técnica constituida por el Ministerio de Salud del Perú, fue creada con la finalidad de aportar a la protección del estado de salud de todas las personas adultas mayores, a través de la valoración nutricional antropométrica en la atención integral de salud. Su aplicación es en los establecimientos de salud que otorgan

¹⁷ Es una enfermedad que se debe a defectos en el fermento metilmalonil -Coenzima A- mutasa que da lugar a que se presente la reacción química que transforma el ácido metilmalónico en ácido succínico. Obtenido 23, 2016, de https://es.wikibooks.org/wiki/Enfermedades_metab%C3%B3licas_producidas_por_enzimas_defectuosas/Aciduria_Metimal%C3%B3nica

atención de salud a las personas adultas mayores, del Ministerio de Salud y de las direcciones regionales de salud, u otros integrantes del sector salud.

Su fin principal es el establecimiento de criterios técnicos normativos de la valoración nutricional antropométrica de las personas adultas mayores, con el propósito de tomar decisiones oportunas en la atención integral de salud.

En relación a las mediciones antropométricas, la mencionada Guía explica que se hace referencia a la toma de peso, medición de la talla y medición del perímetro abdominal. Las cuales se explican a continuación:

- Toma del Peso: Entre las condiciones necesarias para esta acción, se debe contar con una Balanza mecánica de plataforma, instrumento para pesar personas, de pesas con resolución de 100 g y con capacidad igual o mayor de 140 kg. El Kit de pesas patrones, que son las pesas destinadas a reproducir valores de pesos conocidos para servir de referencia en la calibración de balanzas. Se debe realizar un ajuste constante y antes de cada pesada, la cual lleva a la balanza a un estado de funcionamiento conveniente para su uso.
- Medición de Talla: Entre las condiciones necesarias para esta acción, se debe contar con un Tallímetro fijo de madera, el cual es un instrumento que se usa para medir la talla en personas adultas mayores, por lo que debe ser ubicado en una superficie lisa y plana, sin desnivel y contar con el tablero apoyado en una superficie plana formando un ángulo recto con el piso. Por otro lado, se debe efectuar una constante revisión del equipo, por lo que el deslizamiento del tope móvil debe ser suave y sin vaivenes, la cinta métrica debe estar bien adherida al tablero y se debe observar nítidamente su numeración y verificar las condiciones de estabilidad del tallímetro.
- Medición del Perímetro Abdominal: Entre las condiciones necesarias para esta acción se debe contar con una Cinta métrica que es el instrumento base para medir el perímetro abdominal. Por lo que debe tener una longitud de

200 cm y una resolución de 1 mm. Asimismo, se recomienda utilizar cinta métrica de fibra de vidrio; de no contar con esta cinta, utilizar cinta métrica no elástica. (Ministerio de Salud, 2013, p. 13 - 16).

Asimismo, la Guía plantea el uso de la Tabla de Valoración Nutricional Antropométrica para personas adultas mayores, la cual es un instrumento de clasificación nutricional “rápida”, que se emplea en situaciones determinadas como actividades extramurales y masivas, donde se tiene poco tiempo o no se cuenta con el equipo de apoyo necesario (calculadora, papel, entre otros) para realizar los cálculos correspondientes. (Ministerio de Salud, 2013).

Entre otras especificaciones que plantea la mencionada Guía, tienen el propósito de instituir los criterios técnicos del proceso de valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor, las cuales sirven en la toma de decisiones pertinentes en la atención integral de salud de esta colectividad.

2.3. Definición de términos:

- **Centro de Adulto Mayor:** Son aquellos espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, a través del desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.
- **Persona adulta mayor:** Es aquella persona cuya edad está comprendida desde los 60 años a más.
- **Morbilidad:** Hace referencia a la cantidad de personas consideradas enfermas o que son víctimas de alguna enfermedad en un espacio y tiempo determinado. Asimismo, es un dato estadístico significativo que sirve para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las causas de su surgimiento y las posibles soluciones.

- **Acceso a necesidades básicas:** Se refiere a la facilidad para satisfacer aquellas necesidades fundamentales del ser humano, las cuales son: Subsistencia (salud, alimentación, etc.), protección (sistemas de seguridad y prevención, vivienda, etc.), afecto (familia, amistades, privacidad, etc.) entendimiento (educación , comunicación, etc.), participación (derechos, responsabilidades, trabajo, etc.), ocio (juegos, espectáculos) creación (habilidades, destrezas), identidad (grupos de referencia, sexualidad, valores), libertad (igualdad de derechos).
- **Consulta nutricional:** Es aquella atención especializada realizada por un determinado profesional nutricionista destinado a la promoción, prevención, recuperación y control nutricional.
- **Control y seguimiento nutricional:** Hace referencia a aquel proceso de la atención integral de salud a la persona adulta mayor, que se basa en la vigilancia y monitoreo de la evolución de su estado nutricional.
- **Equipo de valoración nutricional antropométrica:** Son aquellas herramientas útiles para la realización de la valoración nutricional antropométrica en una persona adulta mayor; la cual abarca una balanza de plataforma, un tallímetro y una cinta métrica en adecuadas condiciones.
- **Valoración o evaluación nutricional:** Se refiere al conjunto de operaciones que permiten establecer el estado nutricional de una persona, valorando sus necesidades o requerimientos nutricionales y determinando los posibles riesgos de salud que pueden presentar con relación a su estado nutricional.
- **Valoración o evaluación nutricional antropométrica:** Es la determinación de la valoración nutricional de la persona adulta mayor, por medio de la toma de peso, medición de la talla y otras medidas antropométricas.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1. Presentación e interpretación de resultados

3.1.1. Distribución por sexo de la muestra.

Tabla 1

Distribución por sexo del adulto mayor

	Adulto Mayor	Porcentaje
Mujeres	30	76,9%
Varones	9	23,1%
Total	39	100,0%

El 76.9 % de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores son femeninos, mientras que el 23% son varones. La tabla muestra que la mayoría de adultos mayores que frecuentan el CAM de San Juan de Miraflores son femeninas.

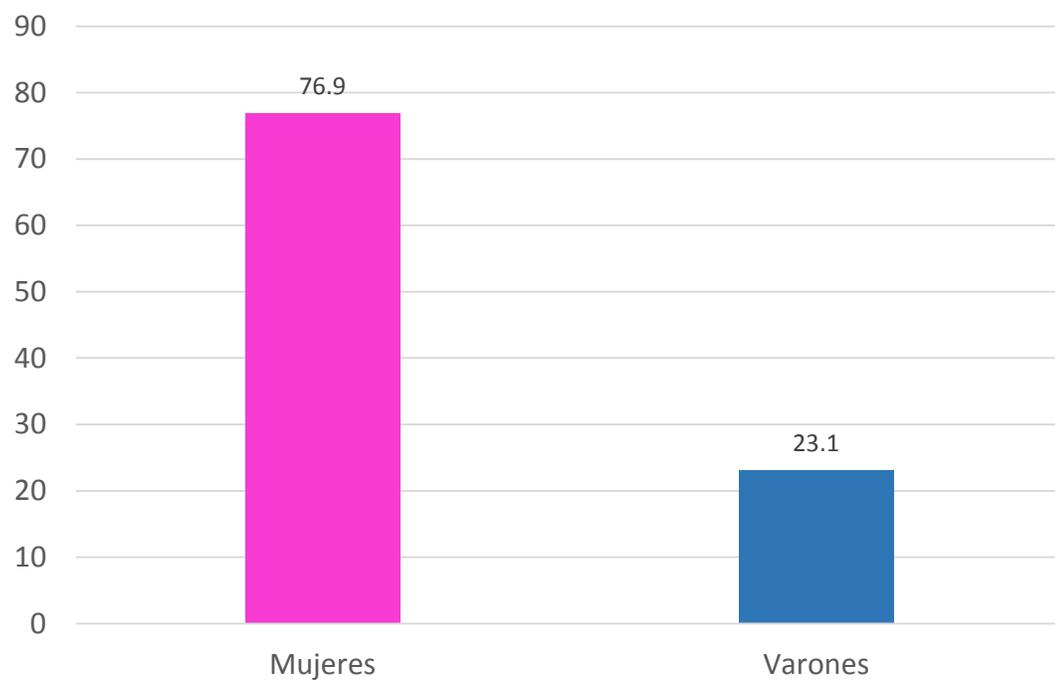


Gráfico 1. Distribución por sexo del adulto mayor

Fuente: Tabla 1

3.1.2. Distribución de datos por dimensión contenidas en el test de Gijón.

Tabla 2

Situación sociofamiliar de los adultos mayores según Gijón

	Adultos mayores	Porcentaje
Aceptable situación social	20	51,3%
Riesgo social	17	43,6%
Riesgo de problema social	2	5,1%
Total	39	100,0%

El 5.1% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores presentan riesgo de problema social, 51.3% presentan aceptable situación social y 43.6 % presenta riesgo social. La tabla muestra que por lo cual los adultos mayores tienen una situación aceptable en la valoración socio familiar.

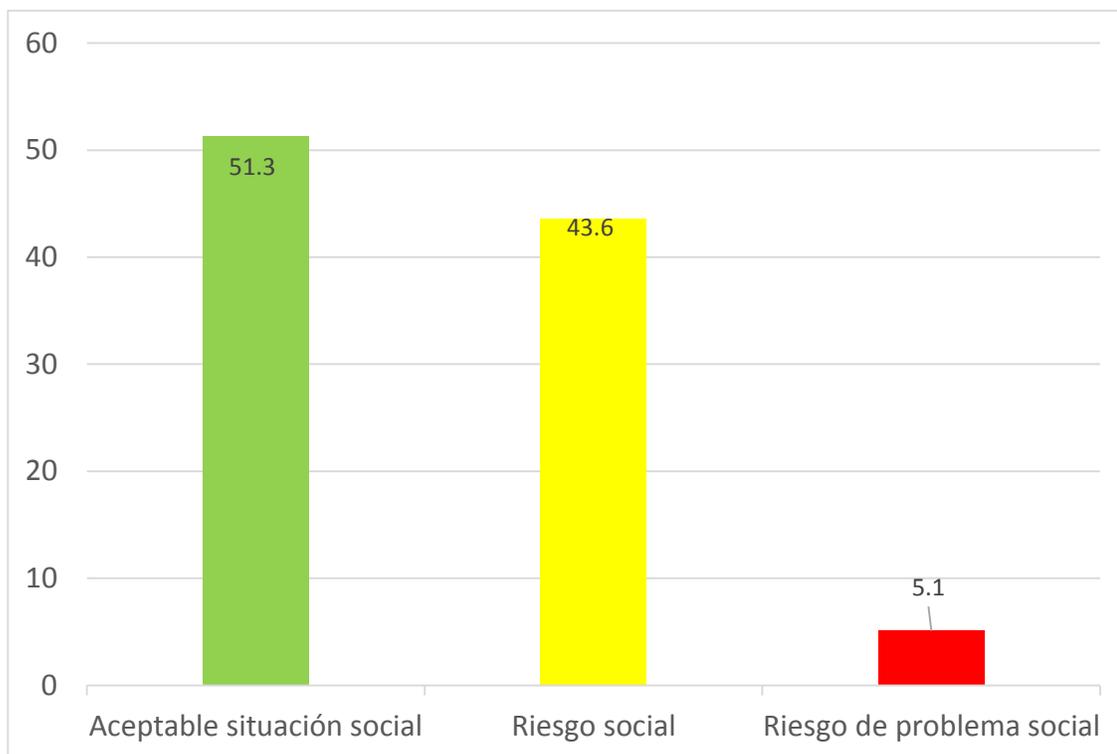


Gráfico 2. Situación sociofamiliar de los adultos mayores

Fuente: Tabla 2

Tabla 3

Situación sociofamiliar de los adultos mayores varones

	Adultos mayores varones	Porcentaje
Aceptable situación social	3	33,3%
Riesgo social	6	66,7%
Riesgo de problema social	0	00,0%
Total	9	100,0%

El 33.3% de adultos mayores varones acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores presentan riesgo social en la valoración socio familiar, 66.7% los adultos mayores presentan una aceptable situación social en la valoración socio familiar. La tabla muestra que la mayoría de adultos mayores varones tienen una situación aceptable en la valoración socio familiar.

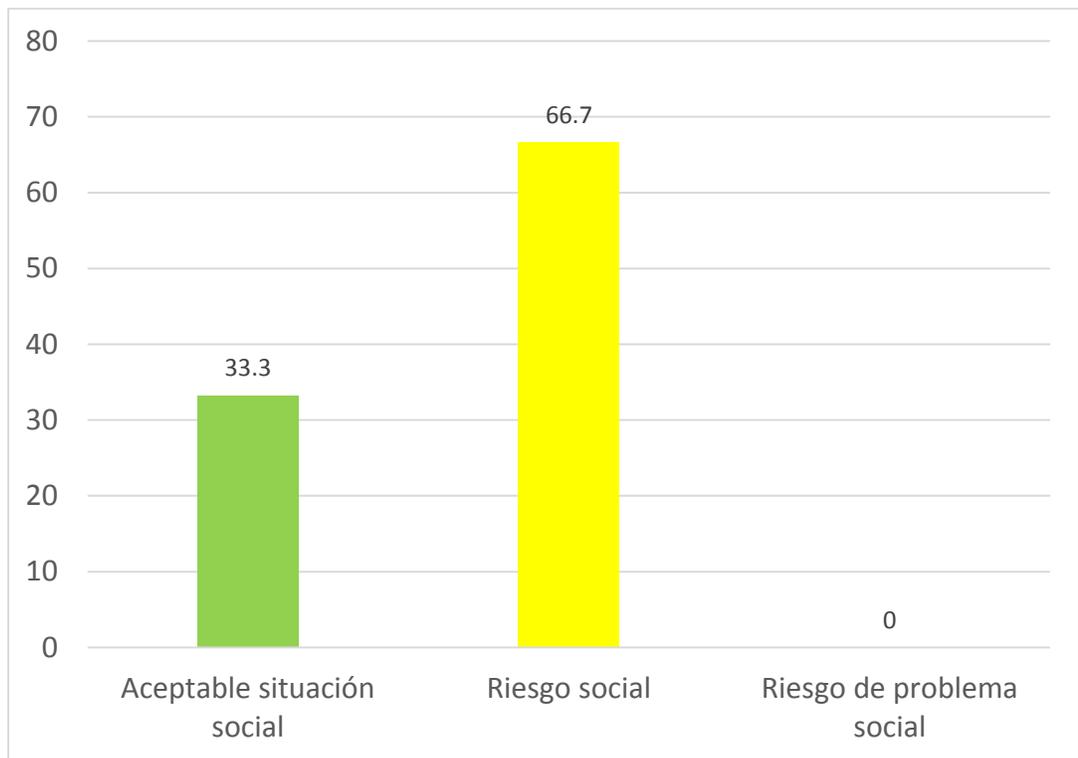


Gráfico 3. Situación sociofamiliar de los adultos mayores varones

Fuente: Tabla 3

Tabla 4

Situación sociofamiliar de los adultos mayores femeninas.

	Adultos mayores femeninas	Porcentaje
Aceptable situación social	17	56,7%
Riesgo social	11	36,7%
Riesgo de problema social	2	6,7%
Total	30	100,0%

El 36.7% de adultos mayores varones acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores presentan riesgo de problema social, 56.7% los adultos mayores mujeres presentan una aceptable situación social y solo 6.7% presenta riesgo de problema social en la valoración socio familiar. La tabla muestra que la mayoría de adultos mayores mujeres presenta aceptable situación social en la valoración sociofamiliar.

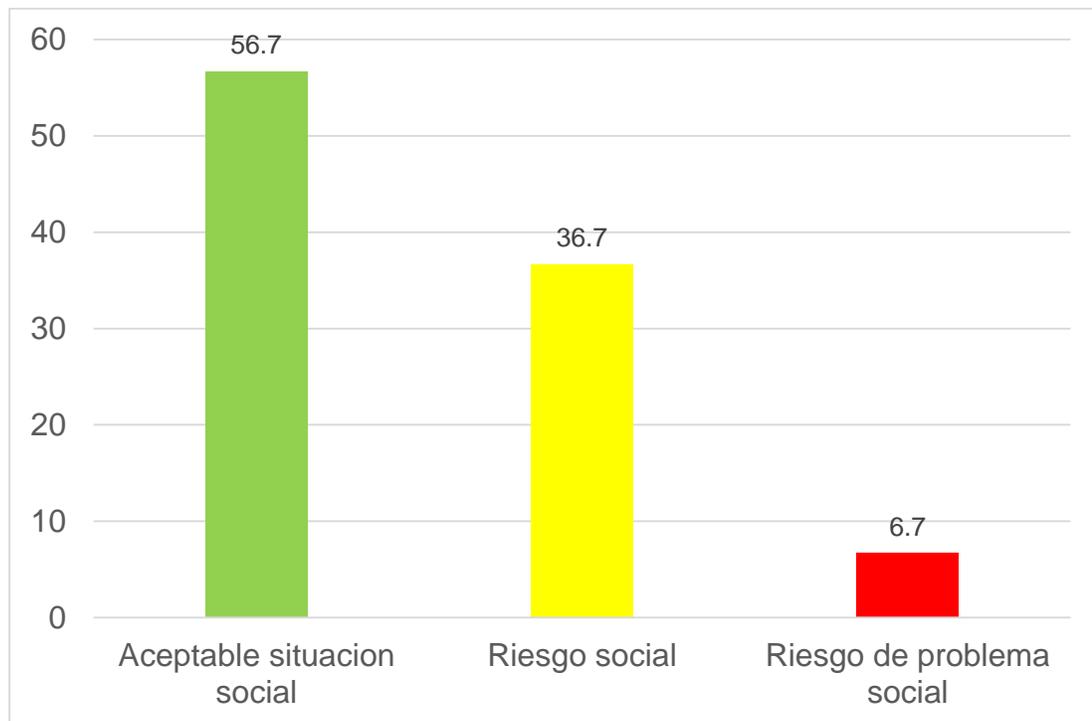


Gráfico 4. Situación sociofamiliar de los adultos mayores varones

Fuente: Tabla 4

Tabla 5

Situación sociofamiliar del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

	Adultos mayores	Porcentaje
Vive con familia	29	74%
Vive con familia y es dependiente	5	13%
Vive con cónyuge	3	8%
Vive solo y carece de hijos	0	0%
Vive solo y carece de relaciones	2	5%
Total	39	100%

El 74% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores respondió que vive con familia, 13% vive con familia y es dependiente, 8% vive con cónyuge, y 5% vive solo y carece de relaciones. La tabla muestra que la mayoría de adultos mayores vive con familia.

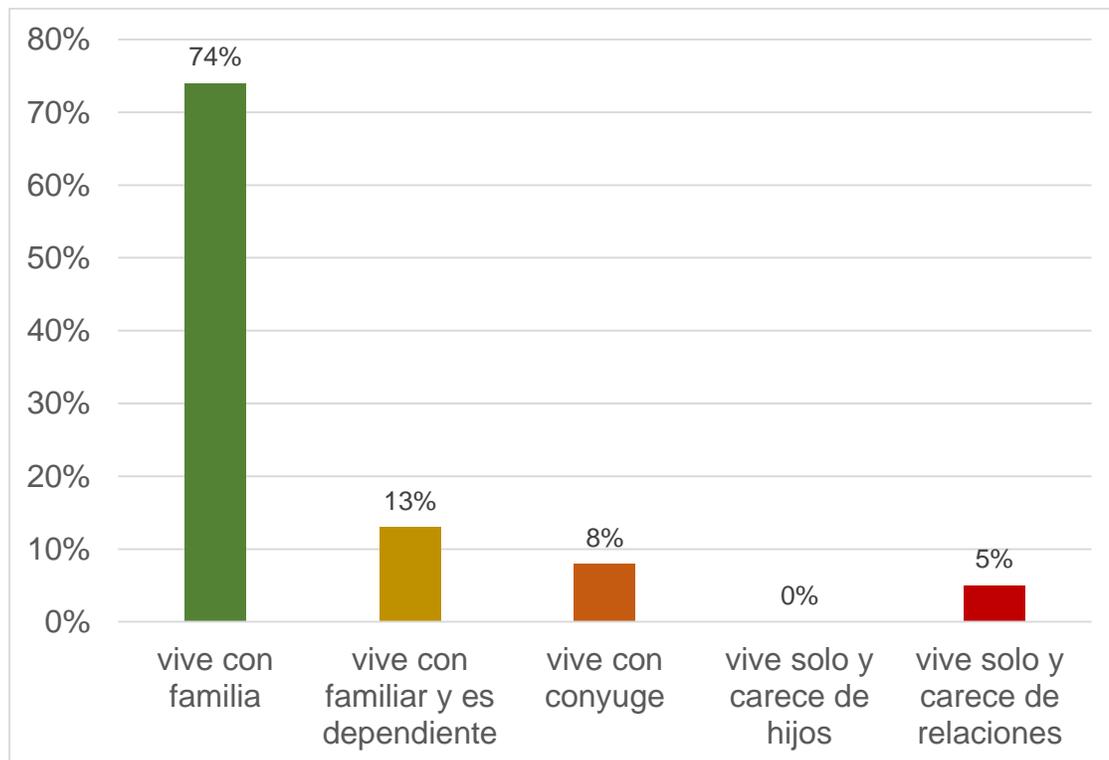


Gráfico 5. Situación sociofamiliar del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

Fuente: Tabla 5

Tabla 6

Situación económica del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

	Adultos mayores	Porcentaje
Más de 1.5 veces al salario mínimo	0	0%
Hasta 1.5 veces al salario mínimo.	1	3%
Hasta pensión mínima no contributiva	4	10%
ONP, AFP pensión contributiva.	32	82%
Sin ingresos o con ingresos inferiores al apartado anterior.	2	5%
Total	39	100%

El 82% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores, respondió que pertenece a la ONP, AFP pensión contributiva, 10% tiene pensión mínima no contributiva, 5% sin ingresos o ingresos inferiores, y 3% hasta 1.5 veces al salario mínimo.

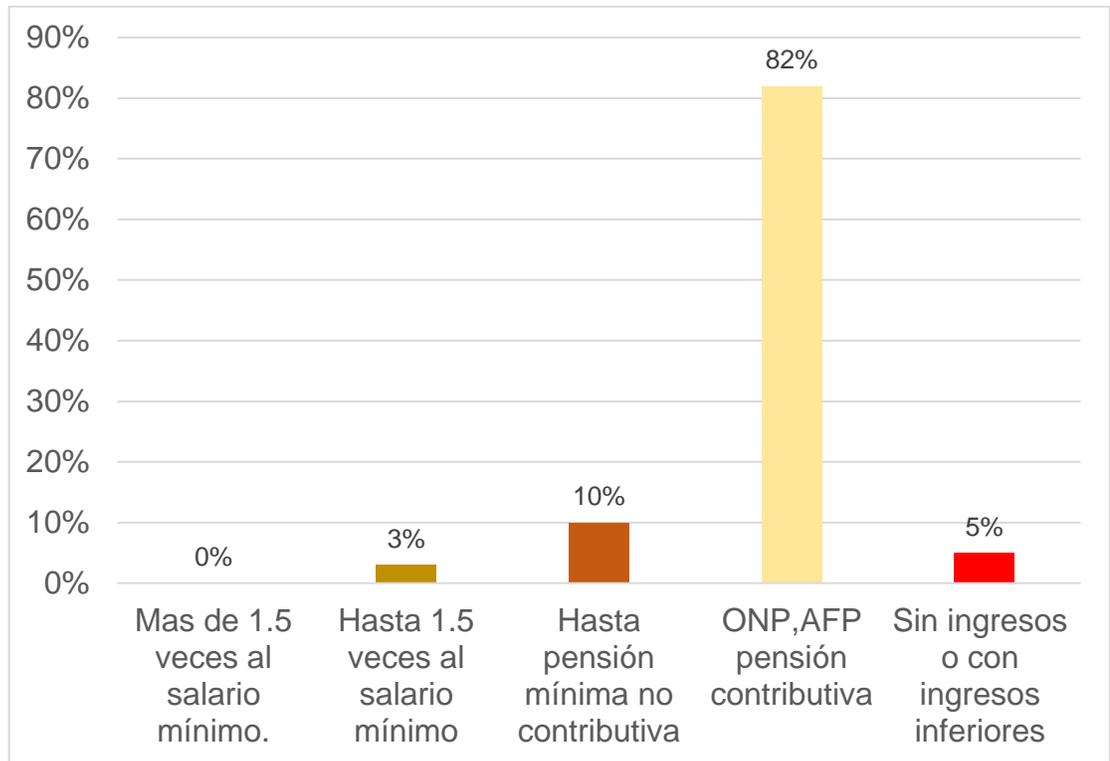


Gráfico 6. Situación económica del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

Fuente: Tabla 6

Tabla 7

Vivienda del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

	Adultos mayores	Porcentaje
Adecuada a sus necesidades.	37	97%
Barreras arquitectónicas en la vivienda o puerta de la casa (peldaños, puentes, estrechas, baños...).	0	0%
Ausencia de calefacción, ascensor, teléfono.	0	0%
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	0	0%
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	1	3%
Total	39	100%

El 97% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores respondió que su vivienda es adecuada a sus necesidades y solo 3% tiene una vivienda inadecuada.

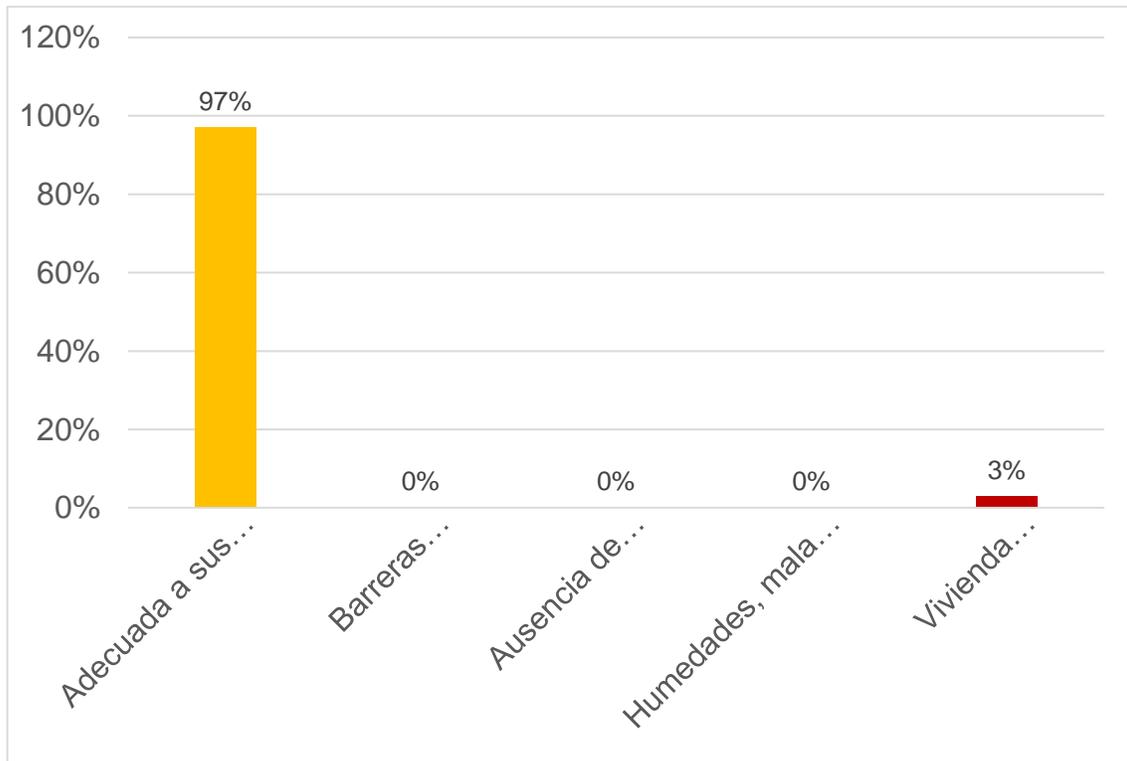


Gráfico 7. Vivienda del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

Fuente: Tabla 7

Tabla 8

Relaciones sociales del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

	Adultos mayores	Porcentaje
Relaciones sociales.	3	8%
Relación social solo con familia y vecinos.	31	79%
Relación social solo con familia.	5	13%
No sale del domicilio, recibe visitas.	0	0%
No sale y no recibe visitas.	0	0%
Total	39	100%

El 79% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores respondió que tiene relaciones sociales solo con la familia y vecinos, 13% tiene relación social solo con familiar, y solo 8% tiene buenas relaciones sociales.

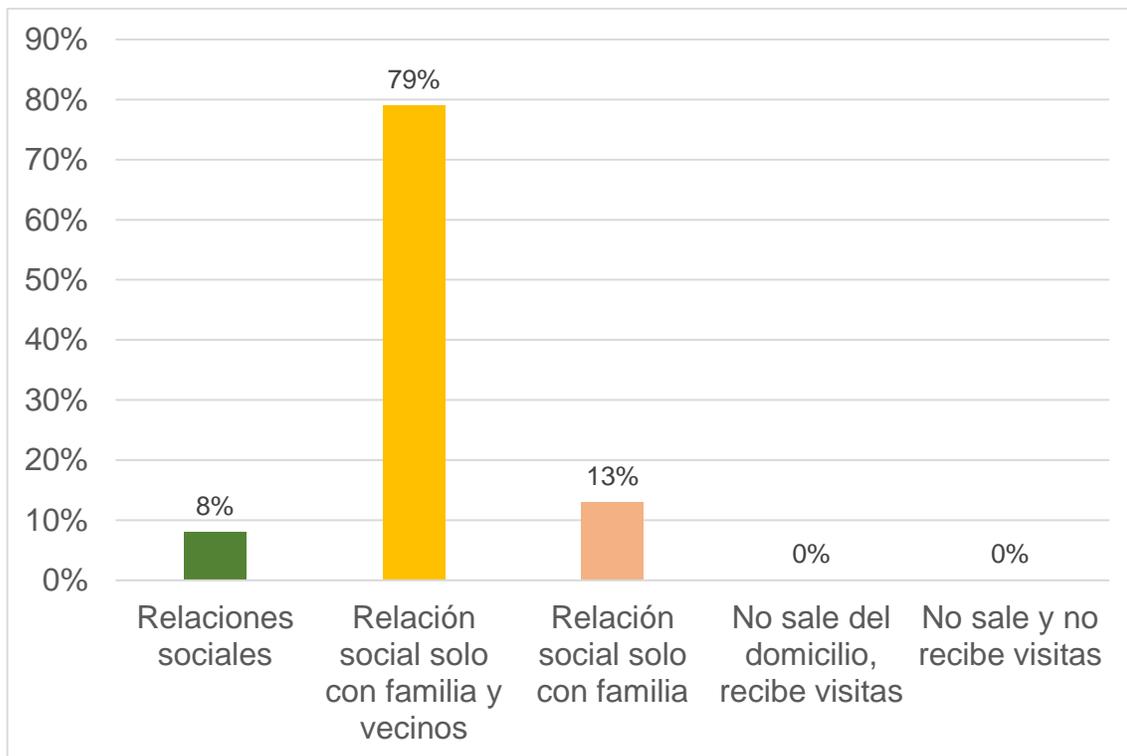


Grafico 8.Relaciones sociales del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

Fuente: Tabla 8

Tabla 9

Apoyo de la red social del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

	Adultos mayores	Porcentaje
No necesita apoyo.	22	56%
Con apoyo vecinal.	13	33%
Voluntariado social.	1	3%
Ayuda domiciliaria.	1	3%
Necesita cuidados permanentes (residencia tercera edad, Cruz Roja, centro de día).	2	5%
Total	39	100%

El 56% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores respondió que no necesita apoyo, 33% cuenta con apoyo vecinal, y 5% necesita cuidados permanentes, 3% tiene voluntariado social y 3% tiene ayuda domiciliaria.

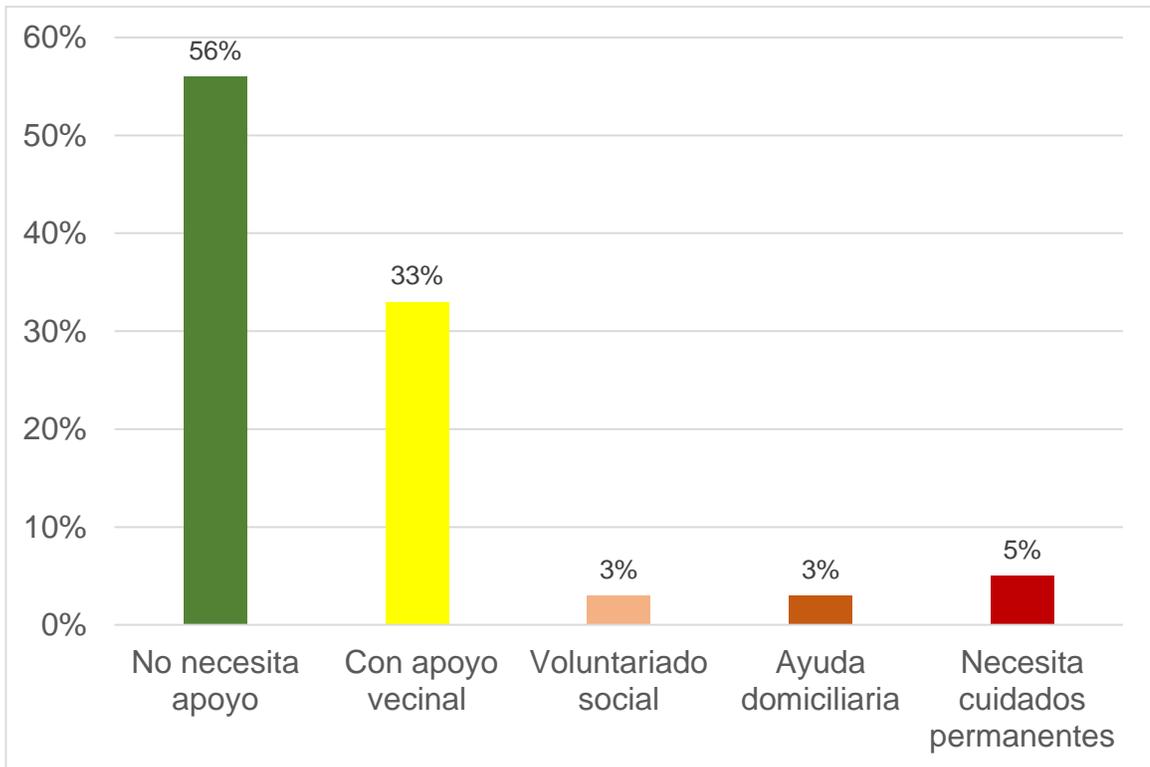


Grafico 9. Apoyo de red del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según Test de Gijón.

Fuente: Tabla 9

3.1.3. Resultado global del test de Gijón

Por lo tanto, la situación sociofamiliar según el test de Gijón es:

Puntaje promedio alcanzado por la muestra: 10.18 puntos.

Según la escala:

OBSERVACIONES:

PUNTUACIONES DE 5/9: Buena / aceptable situación social.

PUNTUACIONES DE 10/14: Existe riesgo social.

PUNTUACION SUPERIOR A 15: Existe riesgo de problema social.

El puntaje promedio muestra que los adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD de San Juan de Miraflores presentan ***Riesgo Social.***

3.1.4. Distribución de datos por dimensión contenidas en la Guía Técnica para la valoración Nutricional Antropométrica.

Tabla 10

Estado nutricional del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (índice de masa corporal).

	Adulto Mayor	Porcentaje
Delgadez	4	10,3%
Normal	16	41,0%
Sobrepeso	14	35,9%
Obesidad	5	12,8%
Total	39	100,0%

El 41% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores presentan peso normal, 36% presentan sobrepeso, 13% presentan obesidad y solo 10% presentan delgadez según Índice de Masa Corporal (IMC).

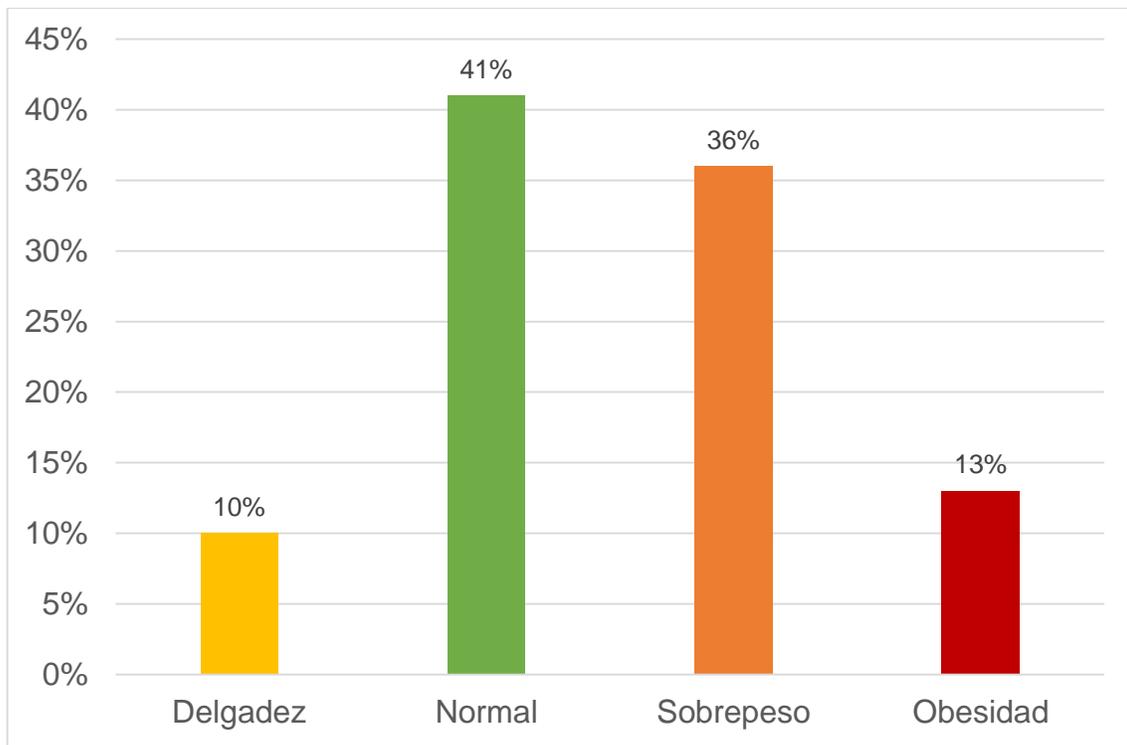


Grafico 10. Estado nutricional del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (índice de masa corporal).

Fuente: Tabla 10

Tabla 11

Estado nutricional del adulto mayor varón que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (índice de masa corporal).

	Adulto Mayor	Porcentaje
Delgadez	1	11%
Normal	5	56%
Sobrepeso	3	33%
Total	9	100%

El 56% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores presentan adecuado estado nutricional, 33% presentan sobrepeso y solo 11% presenta delgadez, según índice de Masa corporal (IMC).

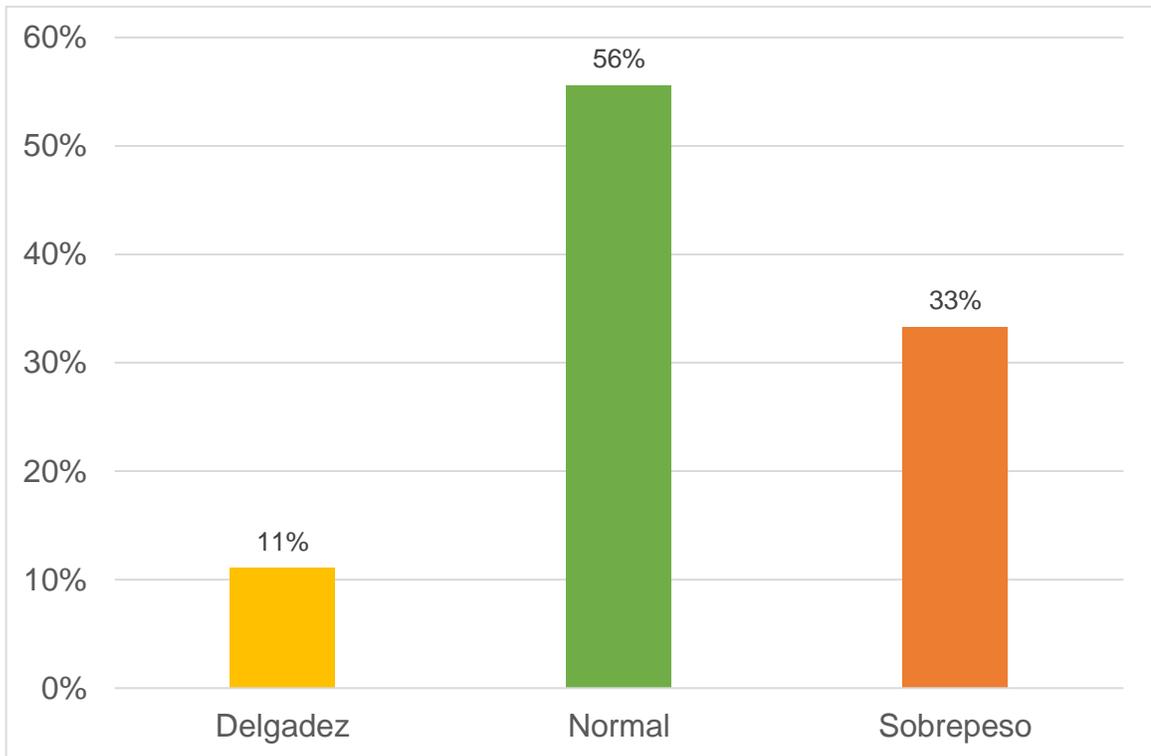


Grafico 12.Estado nutricional del adulto mayor varón que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (índice de masa corporal).

Fuente: Tabla12

Tabla 12

Estado nutricional del adulto mayor mujer que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (índice de masa corporal).

	Adulto Mayor	Porcentaje
Delgadez	3	10%
Normal	11	37%
Sobrepeso	11	37%
Obesidad	5	17%
Total	30	100%

El 37 % de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores presentan adecuado estado nutricional, 37% presenta sobrepeso, 17% presentan Obesidad y solo 10% presenta Delgadez según Índice de Masa Corporal (IMC).

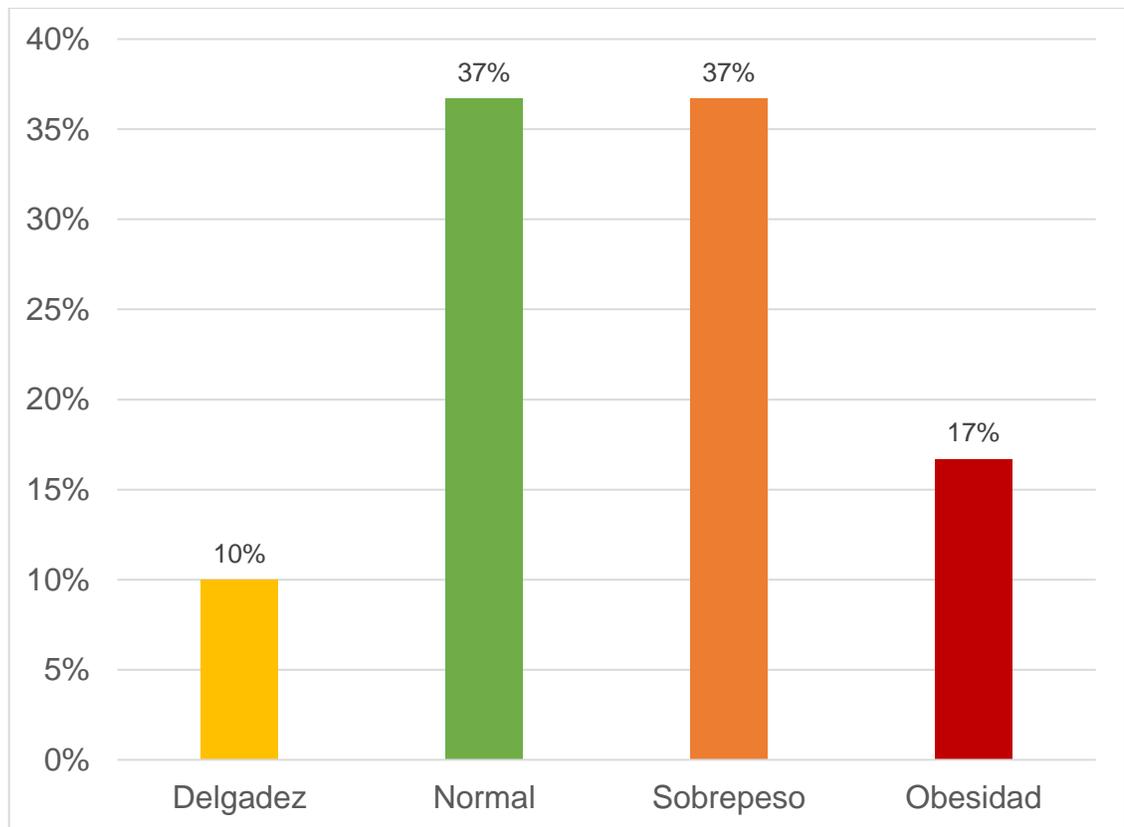


Grafico 12.Estado nutricional del adulto mayor mujer que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (índice de masa corporal).

Fuente: Tabla 12

Tabla 13

Estado nutricional del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (índice cintura/cadera).

	Adulto Mayor	Porcentaje
Bajo	2	5%
Moderado	11	28%
Alto	26	67%
Total	39	100%

El 67% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores presentan riesgo alto de desarrollar Enfermedades crónicas no transmisibles, 28% presentan riesgo moderado, 5% presentan riesgo bajo de presentar Enfermedades crónicas no transmisibles.

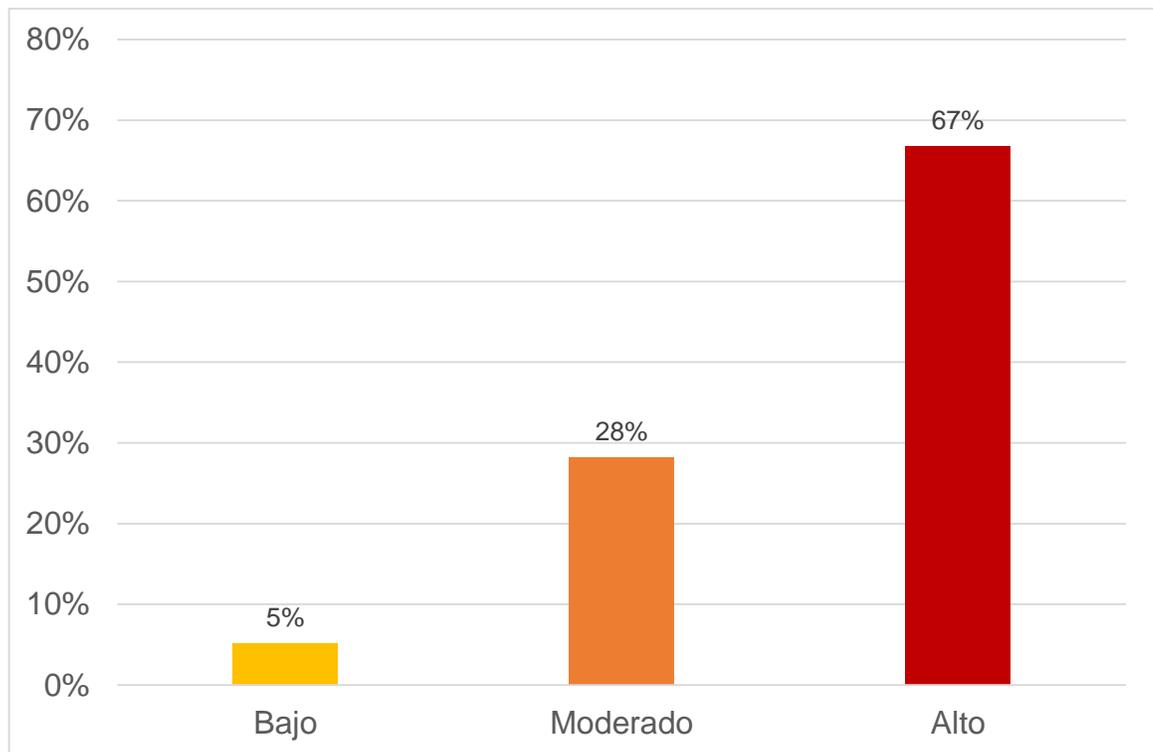


Grafico 13.Estado nutricional del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (índice cintura/cadera).

Fuente: Tabla 13

Tabla 14

Estado nutricional del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (porcentaje de masa grasa).

	Adulto Mayor	Porcentaje
Bajo	3	8%
Normal	3	8%
Alto	33	85%
Total	39	100%

El 8% de adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores presentan porcentaje de masa grasa adecuada, 85% presentan Alto porcentaje de masa grasa, lo que los predispone a mayor riesgo de presentar Enfermedades crónicas no transmisibles.

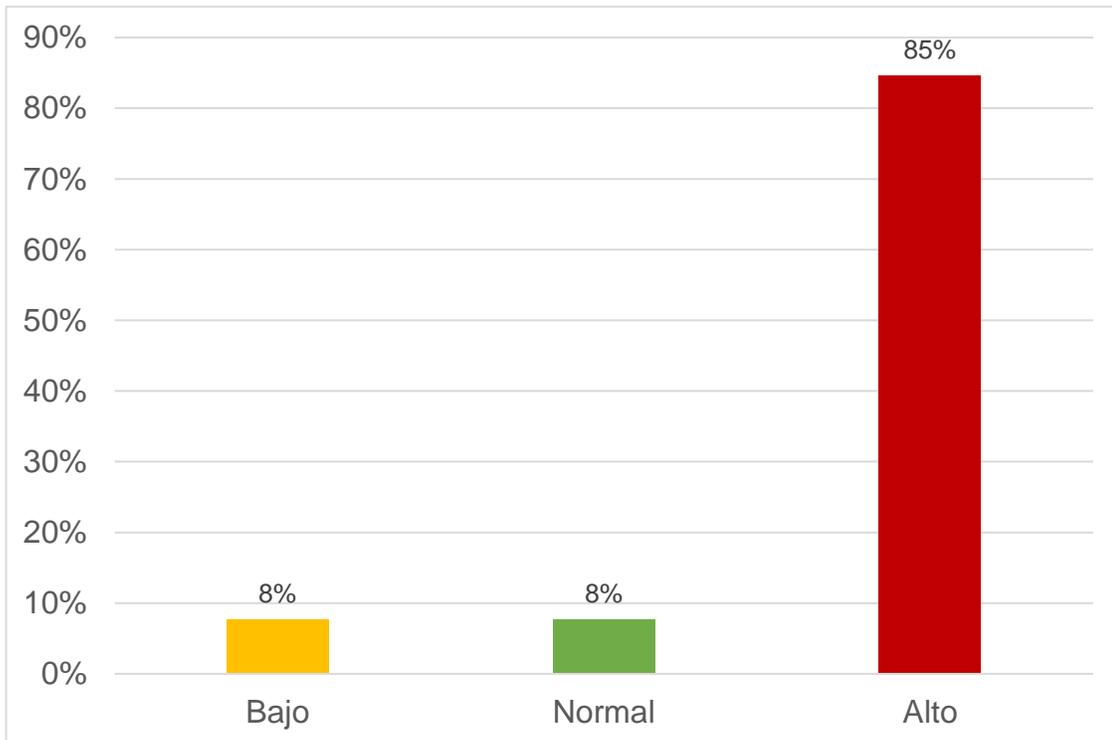


Grafico 14. Estado nutricional del adulto mayor que acude al comedor del CAM de San Juan de Miraflores según (porcentaje de masa grasa).

Fuente: Tabla 14

3.1.5. Resultado global del test de Estado Nutricional

Por lo tanto, el nivel nutricional del adulto mayor de acuerdo al Puntaje promedio del IMC alcanzado por la muestra fue: 27 puntos.

Según la escala:

CLASIFICACION:	IMC
DELGADEZ:	Menor igual a 23.0
NORMAL:	Mayor de 23 a menor de 28
SOBREPESO:	Mayor igual de 28 a menor de 32
OBESO:	Mayor igual de 32

El puntaje promedio muestra que los adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD de San Juan de Miraflores presentan signos de **Normalidad**.

3.2. Discusión de resultados

El Género de mayor porcentaje de los adultos mayores que acuden al CAM ESSALUD San Juan de Miraflores son femeninos siendo 76.9 % de la población. Resultado que se asemeja con el de Gonzales, J. (2011), en su investigación denominada “Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana”, quien concluye lo siguiente: Demográficamente el mayor porcentaje de este grupo de adultos mayores está representado por mujeres.

La situación sociofamiliar en la que se encuentran los adultos mayores del Centro del adulto mayor es diversa porque cada uno presenta características distintas, sin embargo, la carencia que se puede observar es que la situación sociofamiliar de los adultos mayores corre un riesgo social ya que 5.1% de adultos mayores presentan riesgo de problema social y 43.6 % presenta riesgo social estos resultados son desfavorables debido a que: El soporte familiar en la salud del adulto mayor es muy importante, por lo que se ha comprobado que sin soporte familiar o una red socio familiar adecuada, el adulto mayor tiene mayor probabilidad de mortalidad, situaciones depresivas, alteraciones cognitivas y deterioro de su estado de salud. (Ruiz, Campos y Peña, 2008). Asimismo, el 82% de adultos mayores respondió que pertenece a la ONP, AFP pensión contributiva. Resultado que se diferencia con los obtenidos por Velásquez, D. (2012), en su investigación titulada “Condiciones socioeconómicas, familiares y de participación comunitaria del adulto mayor en la Urbanización de La Llanada, Sector II de la ciudad de Cumaná. Año 2011”, en la que se concluye lo siguiente: En lo correspondiente al aspecto socioeconómico, el 94% recibe ingresos inferiores al salario mínimo insuficiente para cubrir bienes y servicios indispensables para satisfacer las necesidades básicas, lo que incide en que su alimentación. Por otro lado, el 97% de adultos mayores respondió que su vivienda es adecuada a sus necesidades. Resultados apropiados que se apoyan en la literatura siguiente: La vivienda es aquel espacio único en el que se integran todas las funciones de los espacios habitables en los que participa cada ser humano. Por ello, una vivienda accesible hace referencia a aquel ambiente en el

que un individuo o familia lleva a cabo sus actividades importantes, como el descansar, alimentarse, aseo personal, entre otros. Realizando todas las actividades vitales de la vida con total seguridad, confianza, comodidad y plena autonomía. (Norma Cubana – NC 641 - 391). Por otra parte, el 79% de adultos mayores respondió que tiene relaciones sociales solo con la familia y vecinos. Resultados resguardados por la siguiente argumentación teórica: Las redes sociales y la familia constituyen alternativas estratégicas en la atención del adulto mayor, específicamente en aquellos grupos que no cuentan con acceso de ningún tipo para poder satisfacer sus necesidades. Por lo cual su sobrevivencia se vuelve dependiente del entorno familiar y de sus redes sociales de apoyo, en los cuales han mantenido sus relaciones afectivas, guardando información estratégica en la cotidianidad, entre otros, y en conjunto garantizar su calidad de vida. (Guzmán, Huenchuan y Montés de Oca, 2003). Adicionalmente el 56% de adultos mayores respondió que no necesita apoyo. Resultados que nos permiten debatir ya que las redes de apoyo son significativas para los adultos mayores, por lo que influyen en su calidad de vida, interviniendo no solo en la mejora de su contexto objetivo mediante el suministro de apoyos materiales; sino también por el impacto significativo del apoyo en el aspecto emocional. Al respecto, Antonucci y Akiyama (citado por Guzmán y Montés, 2003), sostienen que “las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones”. (s/p).

Asimismo, el estado nutricional de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de San Juan de Miraflores se encuentra expuesto a la morbilidad y finalmente la mortalidad debido a que el 36% de adultos mayores evaluados presentan sobrepeso, 13% presentan obesidad y solo 10% presentan delgadez según Índice de Masa Corporal (IMC). Resultados que difieren con los de Manayalle, P. (2015), en su investigación denominada “Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque 2013”, concluye lo siguiente: El Estado Nutricional de los Adultos Mayores se caracterizó por presentar un poco más del 30% entre riesgo de

malnutrición por déficit y malnutrición por exceso, según el MNA. Al paralelo que Gonzales, J. (2011), en su investigación denominada “Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana”, quien nos menciona que en relación a la clasificación nutricional se encontró un índice muy alto de población en riesgo y malnutrición 81%. Es importante señalar, que la nutrición desenvuelve un papel muy importante en el proceso de envejecimiento de todas las personas, por medio de cambios en los distintos órganos y funciones del organismo. Por ello es fundamental evaluar constantemente el estado nutricional de los adultos mayores. Del mismo modo, el 67% de adultos mayores presentan riesgo alto de desarrollar Enfermedades crónicas no transmisibles y 28% presentan riesgo moderado. Estos resultados son preocupantes ya que la literatura presentada nos indica que: Los cambios que percibe el adulto mayor pueden variar por los estándares de alimentación y el estado nutricional que mantengan, ya que está comprobado que los hábitos alimentarios incorrectos resultan ser elementos de riesgo significativos de enfermedades e incluso de muerte, por lo que aportan a tener una acrecentada tendencia a adquirir infecciones y enfermedades relacionadas con el envejecimiento lo cual ocasiona la reducción de la calidad de vida de este grupo de personas. (Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela, 2006). Finalmente, el 85% de adultos mayores presentan Alto porcentaje de masa grasa, lo que los predispone a mayor riesgo de presentar Enfermedades crónicas no transmisibles. Estos resultados nos permiten evidenciar cuan importante es tener en cuenta que los riesgos de adquirir alguna enfermedad están presentes a lo largo de toda la vida y cada etapa muestra un conjunto de riesgos, que se almacenan para después ser mostrados en la etapa adulta.. (D`Hyver y Gutiérrez, 2014).

3.3. Conclusiones

El objetivo fundamental de esta investigación fue abordar el problema de la situación socio familiar y estado nutricional del adulto mayor, terminada la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ En cuanto a la situación socio familiar 49 % de la población adulta mayor se encuentra en riesgo social esto es desfavorable de acuerdo a sus dimensiones relaciones familiares, relación social y situación económica.
- ❖ Respecto al estado nutricional; el 41 % de la población adulta mayor presentaron peso normal, 67 % riesgo a padecer enfermedades crónica no transmisibles y un 84% alto porcentaje de masa grasa lo que concluye que la población presento inadecuadas medidas antropométricas.

3.4. Recomendaciones

- ❖ Se recomienda sensibilizar, a través de charlas informativas, al personal de salud del CAM de San Juan de Miraflores de ESSALUD y a la familia de los adultos mayores asistentes, sobre la situación actual de los adultos mayores en cuanto a la vulnerabilidad social y familiar. Del mismo modo, programar encuentros intergeneracionales a fin de brindar mayor soporte sociofamiliar.
- ❖ Asimismo, se encomienda al Personal del comedor capacitarse acerca de una dieta balanceada y adecuada a cada necesidad que requiera las personas adultas mayores.
- ❖ Se sugiere al CAM gestionar el requerimiento de profesionales en Gerontología y Nutrición con el fin de brindar un cuidado integral de las personas adultos mayores.
- ❖ Es fundamental continuar las investigaciones de este grupo poblacional, para observar la evolución hacia mejoría de los que se presentan en desnutrición, riesgo de desnutrición así como los que presentan riesgo social.

3.5. Fuentes Bibliográficas

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2015, Mayo 15). *El índice de masa corporal para adultos*. Extraído el 15 de Setiembre del 2016 desde http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/

Cornatosky, M., Barrionuevo, O., Rodríguez, N. y Zeballos, J. (2009, Noviembre 6). Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. *Diaeta*, 27 (129). Extraído el 19 de Setiembre del 2016 desde http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000400003

Cruz, M. y Guadalupe, R. (2009). Perfil socioeconómico del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí. *Eumed*. Extraído el 14 de Setiembre del 2016 desde <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/03/lrac.htm>

D`Hyver, C. y Gutiérrez, L. (2014). *Geriatría*. (3era ed.). México, D.F.: El Manual Moderno S.A. de C.V.

Domínguez, T, Espín, A. y Bayorre, H. (2001, Setiembre). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 418 - 422. Extraído el 14 de Setiembre del 2016 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500002

Flores, S., Huerta, Y., Herrera, O., Alonso, O. y Calleja, N. (2011, Noviembre). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 89 – 100. Extraído el 14 de Setiembre del 2016 desde <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221802007.pdf>

Gonzales, J. (2011). *Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana*. Tesis de Pregrado, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Javeriana.

- González, P. y Ceballos, J. (2003). Manual de Antropometría. *Instituto Superior de Cultura Física*. Extraído el 17 de Setiembre del 2016 desde <http://www.inder.cu/indernet/Provincias/hlg/documentos/textos/MEDICINA%20DEPORTIVA/MEDICINA%20DEPORTIVA.pdf>
- Guzman, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual*. Trabajo presentado en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, Julio, Chile.
- Hartman, G. (2011). Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez en el Municipio Santiago de Cuba en el año 2011. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*. Extraído el 14 de Setiembre del 2016 desde <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/ghr.html>
- Huenchuan, S. y Guzmán, J. (2006). *Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas*. Trabajo presentado en Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Noviembre, Chile
- Juntas de Anda Lucía (2016). *Escalas de Valoración Funcional, psicoafectiva y sociofamiliar*. Extraído el 16 de Setiembre del 2016 desde http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/08_anexos_pluri.pdf
- Lopategui, E. (2008). *Determinación del Índice de Masa Corporal (Índice de Quetelet)*. Salumed. Extraído el 16 de Agosto del 2016 desde http://www.saludmed.com/LabFisio/PDF/LAB_I23-Indice_Masa_Corporal.pdf
- Madrigal, M. (2010, Marzo). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores

mexiquenses. *Papeles de Población*, 63. Extraído el 15 de Setiembre del 2016 desde <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n63/v16n63a5.pdf>

Manayalle, P. (2015). *Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque 2013*. Tesis de Pregrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres.

Ministerio de Salud. (2013). Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la persona adulta mayor. *Instituto Nacional de Salud*. Extraído el 19 de Setiembre del 2016 desde http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf

Montenegro, L., Salazar, C., De la Puente, C., Gómez, A. y Ramírez, E. (2009). Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Médica Perú*, 26 (3). Extraído el 15 de Setiembre del 2016 desde http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2009_n3/a05v26n3.pdf

Montes de Oca, V. (2006). *Redes comunitarias, género y envejecimiento*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Moreno, B., Monereo, S., Álvarez, J. (2000). *Obesidad. La Epidemia del Siglo XXI*. (2da ed.). España: Díaz de Santos.

Norma Cubana – NC 641 (2008, Julio). Edificaciones, viviendas sociales urbanas, requisitos funcionales y de habitabilidad. Oficina Nacional de Normalización. Extraído el 15 de Setiembre del 2016 desde [http://cict.umcc.cu/repositorioinstitucional/Ingenier%C3%ADa%20Civil/Normas%20completas%20para%20sitio%20Web%20en%20administrador%20\(PoweredEdge\)/NC%202008/NC%20641%202008.pdf](http://cict.umcc.cu/repositorioinstitucional/Ingenier%C3%ADa%20Civil/Normas%20completas%20para%20sitio%20Web%20en%20administrador%20(PoweredEdge)/NC%202008/NC%20641%202008.pdf)

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2006). *Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores*

en los países del Cono Sur. Extraído el 15 de Setiembre del 2016 desde http://www.oiss.org/IMG/pdf/web-Seguridad_economica_salud_dependencia-Cono_Sur_junio_08.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016, Junio). *Obesidad y Sobrepeso*. Extraído el 16 de setiembre del 2016 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2006). Módulos de Valoración Clínica. *Infomed. Red de Salud de Cuba*. Extraído el 19 de Setiembre del 2016 desde <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf>

Restrepo, S., Morales, R., Ramírez, M., López M. y Varela, L. (2006, Diciembre). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev. Chilena de Nutrición*, 33 (3). Extraído el 19 de Setiembre del 2016 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006

Ruiz, L., Campos, M. y Peña, N. (2008, Julio 02). Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 25 (4), 374-379. Extraído el 14 de Setiembre del 2016 desde <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>

Sánchez, F. y De La Cruz, F. (2011). *Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana. 2011*. Tesis de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Santos, Z. (2009, Mayo 5). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Trabajo Social*, N° 11. Extraído el 14 de Setiembre del 2016 desde https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi48YKEzI_PAhUFHh4KHYGQBf8QFggnMAL&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F40

[85235.pdf&usg=AFQjCNFPmE-k4pOvBi81gkYVpOO1FGIb5A&bvm=bv.132479545,d.dmo](#)

Secretaría de Salud de México. (2002, Abril). Manual de Procedimientos. Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas en el Adulto y Adulto Mayor. Extraído el 16 de Setiembre del 2016 desde <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>

Sillero, M. (2005, Junio). Las medidas antropométricas. *Universidad Politécnica de Madrid*. Extraído el 16 de Setiembre del 2016 desde <http://ocw.upm.es/educacion-fisica-y-deportiva/kinantropometria/contenidos/temas/Tema-2.pdf>

Silvinna, S. (2014). *Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso*. Miramar, 2012. Tesis de Pregrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Antenor Orrego.

Suverza, A. y Haua, K. (2009). *Manual de Antropometría para la evaluación del Estado Nutricional en el Adulto*. México: Universidad Iberoamericana.

Turcios, S. (2012). *Estado nutricional del adulto mayor: Estudio comparativo en una comunidad rural y dos instituciones urbanas de Quetzaltenango, 2012*. Tesis de Pregrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rafael Landívar.

Velásquez, D. (2012). *Condiciones socioeconómicas, familiares y de participación comunitaria del adulto mayor en la Urbanización de La Llanada, Sector II de la ciudad de Cumaná. Año 2011*. Tesis de pregrado, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente.

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68 (3). Extraído el 15 de Setiembre del 2016 desde <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v68n3/pdf/a12v68n3.pdf>

Villalobos, I. (2011, Marzo). Hacia una educación nutricional saludable en los adultos mayores del Consejo Popular Guáimaro Norte. *Rev. Digital*, 15

(154). Extraído el 19 de Setiembre del 2016 desde <http://www.efdeportes.com/efd154/educacion-nutricional-saludable-en-adultos-mayores.htm>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ----- he sido informado (a) sobre el objetivo del estudio titulado “SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD - SAN JUAN DE MIRAFLORES, MARZO - 2015.”, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma como se realizará el estudio y de cómo se tomarán las mediciones. Estoy enterado(a) también que puedo participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de: “SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD - SAN JUAN DE MIRAFLORES, MARZO - 2015.”

FIRMA:

ANEXO 2

DATOS GENERALES.

Encuesta N°	
Fecha	
Nombres	
Apellidos	
Dirección	

Edad		
Sexo	Hombre	
	Mujer	

SECCIÓN B:

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR – TEST DE GIJON

A) SITUACION SOCIOFAMILIAR:

1. Vive con familia, sin conflicto familiar.
2. Vive con familia, y presenta algún tipo de dependencia físico/psíquica.
3. Vive con cónyuge de similar edad.
4. Vive solo y carece de hijos y familiares directos.
5. Vive solo y carece de relaciones familiares y vecinales.

B) SITUACION ECONOMICA

1. Más de 1.5 veces al salario mínimo
2. Hasta 1.5 veces al salario mínimo.
3. Hasta pensión mínima no contributiva
4. ONP ,AFP pensión contributiva
5. Sin ingresos o con ingresos inferiores al apartado anterior

C) VIVIENDA

1. Adecuada a sus necesidades
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o puerta de la casa (peldaños, puentes, estrechas, baños...)
3. Ausencia de calefacción, ascensor, teléfono.
4. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)
5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).

D) RELACIONES SOCIALES

1. Relaciones sociales
2. Relación social solo con familia y vecinos
3. Relación social solo con familia
4. No sale del domicilio, recibe visitas
5. No sale y no recibe visitas.

E) APOYOS DE LA RED SOCIAL

1. No necesita apoyo
2. Con apoyo vecinal
3. Voluntariado social
4. Ayuda domiciliaria
5. Necesita cuidados permanentes (residencia tercera edad, Cruz Roja, centro de día).

RESULTADO:

OBSERVACIONES:

PUNTUACIONES DE 5/9: Buena / aceptable situación social.

PUNTUACIONES DE 10/14: Existe riesgo social.

PUNTUACION SUPERIOR A 15: Existe riesgo de problema social.

ANEXO 3

VALORACIÓN NUTRICIONAL

1. DATOS ANTROPOMETRICOS

PESO:

TALLA:

IMC:

PERIMETRO DE CINTURA:

PERIMETRO DE CADERA:

INDICE DE CINTURA CADERA (ICC):

PLIEGUES CUTANEOS:

PLEGUE CUTANEO TRICIPITAL:

PLEGUE CUTANEO BICIPITAL:

PLEGUE CUTANEO SUBESCAPULAR:

PLEGUE CUTANEO SUPRAILIACO:

PORCENTAJE DE GRASA:

SECCION B:

GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADULTO MAYOR ESTABLECIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD.

Técnicas de medición antropométrica

- **Peso:**

Procedimiento de medición del peso

- **Ambiente:** La medición del peso, debe realizarse en un ambiente que permita privacidad y suficiente iluminación para una adecuada lectura.
- **Equipo:** Balanza con resolución de 100g y con capacidad máxima de 140 kg. Debe de calibrarse periódicamente con pesas, patrones de peso conocido (bidones plásticos de 5 litros de agua), previamente pesados en balanzas certificadas.
- **Kit de pesas patrones:** Son las pesas destinados a reproducir valores de pesos conocidos para servir de referencia en la calibración de balanzas; pueden ser pesas de 5, 10 y de 20 Kg., previamente pesados en balanzas certificadas
- **Resolución del equipo de medición:** Mínimo valor medible (cambio más pequeño) entre dos valores consecutivos de un instrumento de medición. Ejemplo; en las balanzas de plataforma la resolución es de 100 gramos.
- **Ajuste diario y/o antes de cada pesada:** Es la operación de llevar un instrumento de medición a un estado de funcionamiento conveniente para su uso.

En la balanza de plataforma coloque la pesa mayor y la pesa menor en 0" (cero), el extremo común de las varillas debe mantenerse sin movimiento en la parte central de la abertura.

En caso de que el extremo común de las varillas no se mantenga en la parte central de la abertura de la varilla central derecha que lo sostiene, realice los ajustes con el tomillo calibrador hasta que la varilla horizontal se mantenga estable en el centro de la abertura.

Calibración mensual y/o cada vez que sea necesario: Se refiere a la evaluación de precisión de la balanza, comparándola periódicamente con el kit pesas patrones.

Procedimiento:

Pesar a la persona, con ropa muy ligera y sin zapatos (short, polo liviano) de acuerdo al procedimiento que se detalla a continuación:

- a. La balanza debe estar en una superficie lisa, sin que exista desniveles o algo extraño bajo la misma.
- b. Realizar el ajuste diario antes de cada pesada de acuerdo a lo señalado anteriormente.
- c. Solicite a la persona que se quite los zapatos y se quede con ropa ligera o interior. En caso se cuente con una bato de tela muy liviana, esta puede ser utilizada.
- d. La persona debe ubicarse en el centro de la plataforma de la balanza con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, en posición firme y mirando al frente.
- e. Mueva la pesa hasta que el extremo común de ambas varillas no se mueva.
- f. Mueva la pesa pequeña hasta que el extremo común de ambas varillas se ubique en la parte central de la abertura que lo contiene.
- g. Haga la lectura en kilogramos (kg) y un decimal que corresponde a 100 g (ejemplo: 57,1 kg)
- h. Lea en voz alta y regístrelo en el debido formato con letra clara y legible.

Registro

La lectura debe hacerse en kg y 1 decimal que corresponde a 100 g (ejemplo: 57,1 kg).

En caso que la balanza reporte 50 gramos redondear al límite inferior, ejemplo 63,250 kg, sólo registrar 63,2 kg.

Si por motivos de falta de privacidad, zonas muy frías u otros, es necesario mantener parte de la ropa, se debe restar el peso de esas ropas del peso obtenido. Se recomienda para ello, elaborar una lista de prendas de mayor uso local con sus respectivos pesos (pesar en balanzas certificadas).

**En el presente estudio para la determinación del peso, se utilizó balanza digital marca SOEHNLE que cuenta con un grado de precisión 100 gramos y capacidad de 160kg.*

- **Talla:**

- **Equipo:** Tallímetro fijo en buenas condiciones, no usar el tallímetro incorporado a la balanza, debido a que no cumple con las especificaciones técnicas para una adecuada medición.

Procedimiento

Se requiere de dos personas: profesional o técnico capacitado y un asistente

- a. Profesional o Técnico: Pida a la persona adulta que se quite los zapatos, deshaga las trenzas y retire cualquier adorno de la cabeza que pudiera estorbar la medición de la talla. Pídale que se ubique en el tallímetro.
- b. Asistente: Arrodílese sobre ambas rodillas, al lado derecho de la persona.
- c. Profesional o Técnico: Ubíquese al lado izquierdo de la persona, tener la pierna izquierda semiflexionada (si es de mayor estatura que la persona adulta).
- d. Asistente: Ubique los pies de la persona adulta en el centro y contra la parte posterior del tallímetro; las plantas de los pies deberán tocar la base del mismo. Ponga su mano derecha justo encima de los tobillos, su mano izquierda sobre las rodillas y empújelas contra el tallímetro, asegurándose de que las piernas estén rectas y que los talones y pantorrillas están pegadas al tallímetro. Comunique al profesional o técnico cuando haya ubicado correctamente los pies y las piernas.

- e. Profesional o Técnico: Pida a la persona adulta que mire al frente. Asegúrese de que la línea de visión de la persona sea paralela al piso, es decir que el Plano de Frankfort debe estar perpendicular al tallímetro. Coloque la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón. Cierre su mano gradualmente, de manera que no cubra su boca.
- f. Profesional o Técnico: Fíjese que los hombros estén rectos, que las manos descansen rectas a cada lado y que los omóplatos, nalgas y cabeza estén en contacto con el tallímetro. Con su mano derecha baje el tope móvil superior del tallímetro hasta apoyarlo con la cabeza de la persona adulta. Asegúrese de que presione sobre la cabeza.
- g. Profesional o Técnico y asistente: Verifique la posición recta de la persona adulta. Repita cualquier paso que se considere necesario.
- h. Profesional o Técnico: Cuando la posición de la persona adulta sea correcta, lea tres veces la medida acercando y alejando el tope móvil aproximándola al 0,1 cm inmediato inferior, dicte el promedio de las tres medidas en voz alta. Quite el tope móvil superior del tallímetro de la cabeza de la persona, así como su mano izquierda del mentón, y anote la medida.

Registro

El registro de la talla se hará en metros con sus respectivos centímetros. Redondear los milímetros al centímetro inferior.

Ejemplo:

Lectura: 1 m 81 cm 4 mm, registrar: 1,81 m

Lectura: 1 m 58 cm 9 mm, registrar: 1,58 m

Lectura: entre 1 m 65 cm 9 mm y 1 m 66 cm, registrar: 1,65 m

Lectura: entre 1 m 75cm 5 mm y 1 m 75cm 6 mm, registrar: 1,75 m

Nota: Si quién mide es de menor estatura de la persona a medir, usar la escalinata de 2 peldaños.

**Para determinar la talla se utilizó tallímetro de madera que paso control de calidad con control de calidad según la guía de control de calidad para uso de tallímetros brindada por el centro nacional de alimentación y nutrición (CENAN)*

2. Perímetros:

3. Perímetro de cintura :

Técnica de medición:

- a. Solicitar al sujeto que permanezca en posición erecta con los brazos a los lados del tronco y el abdomen relajado.

Debe desabrochar el pantalón y/o pollera dejar descubierta la zona de la cintura

- b. Situarse detrás del sujeto para determinar la cintura natural, que es la parte más estrecha del tronco en la región lumbar, vista desde la parte posterior.

En algunos casos (personas obesas o con localización grasa de tipo androide, o laxitud de los músculos abdominales) es difícil identificar la cintura.

En esas circunstancias, ubicar la circunferencia menor en el área comprendida entre el borde inferior de la última costilla y el borde superior de la cresta iliaca.

Para confirmar el dato en caso de difícil identificación del punto de medición, se puede solicitar a la persona que ubique la última costilla y la parte más sobresaliente del hueso de la cadera, y a partir de ello, identificar el punto medio para la medición.

- c. Colocar la cinta métrica alrededor de la cintura, en un plano horizontal al suelo y perpendicular al eje vertical del cuerpo y ajustarla alrededor de la cintura sin comprimir los tejidos. Tomar la medida al final de una expiración normal.

- d. Leer y registrar el valor exacto de la medida con una aproximación de 0,1cm.

Valores:**Hombres:**

- Normal: < 94 cm
- Riesgo alto: 94 – 102 cm
- Riesgo muy alto: > 102 cm.

Mujeres:

- Normal: < 80 cm
- Riesgo alto: 80 – 88 cm
- Riesgo muy alto: > 88 cm

Interpretación:

Se considera que el riesgo de desarrollar ECNT, está muy aumentado cuando su cintura mide más de 102 cm. en el caso de varones y cuando es superior a 88 cm. en mujeres.

- Perímetro de cadera:

Es una medida que, combinada con la circunferencia de cintura permite estimar la relación cintura – cadera pretendiendo ser un indicador en la descripción de la distribución del tejido adiposo en adultos.

Esta medición sola, sin relacionarla con otras mediciones, no sería apropiada para estimar obesidad central en población anciana, debido al proceso fisiológico normal de centralización de grasa corporal en este grupo etáreo.

Sirve como dato para determinar el ICC.

Técnica de medición:

- a. Solicitar al sujeto que permanezca en posición erecta con los brazos cruzados, pies juntos y abdomen relajado. Debe llevar puesta la mínima cantidad de ropa posible.
- b. Colocarse en cuclillas, al lado del sujeto para determinar la parte más prominente de la región glútea (cadera), coincidente con la altura de la sínfisis pubiana.
- c. Rodear con la cinta métrica la parte más prominente, en un plano horizontal al suelo. Solicitar a un colaborador que tenga la posición horizontal de la cinta métrica sobre el lado opuesto del cuerpo del sujeto. Ajustar la cinta sin comprimir los tejidos.
- d. Leer y registrar el valor exacto de la medida con una aproximación de 0,1cm.

Es aconsejable ubicarse al costado del paciente con el objetivo de apreciar la mayor prominencia de los glúteos.

*Para determinar los perímetros de cintura y cadera se utilizó cinta antropométrica marca TANITA.

5. Pliegues cutáneos:

Para determinación de grasa corporal, se suman cuatro pliegues (pliegue tricípital, bicípital, subescapular, suprailíaco) y se compara con la tabla de referencia.

Pliegue cutáneo tricípital

- Tomar con la mano el pliegue de arriba del punto medio.
- Sin soltarlo coger con el plicómetro el punto medio.
- Sostener la pinza en su lugar.
- Esperar 3 segundos y tomar medición.

Medir verticalmente en la parte media del brazo posterior.

Pliegue cutáneo bicipital

- Tomar con la mano el pliegue de arriba del punto medio.
- Sin soltarlo coger con el plicómetro el punto medio.
- Sostener la pinza en su lugar.
- Esperar 3 segundos y tomar medición.

Medir verticalmente en la parte media del brazo anterior.

Pliegue cutáneo subescapular

- Tomar con la mano el pliegue inclinadamente, arriba del punto de medición.
- Sin soltarlo pescar con el plicómetro en el punto de medición.
- Sostener la pinza en su lugar.
- Esperar 3 segundos y tomar la medición.

Medir en el borde inferior de la escapula.

Pliegue cutáneo suprailiaco

- Tomar con la mano el pliegue inclinadamente, arriba del punto de medición.
- Sin soltarlo coger con el plicómetro en el punto de medición.
- Sostener la pinza en su lugar.
- Esperar 3 segundos y tomar la medición.

Recuerde tomar la medición sobre la cresta iliaca 2cm de la línea axilar media inclinando hacia la zona inguinal.

*Para determinar los pliegues cutáneos se utilizó caliper marca SLIM GUIDE.

NOTA: Todas las mediciones antropométricas han sido realizadas de acuerdo a la norma técnica para la valoración antropométrica del grupo etario adulto, adulto mayor. MINSA – CENAN. 2013.

ANEXO 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la situación socio familiar y estado nutricional del adulto mayor del Centro Adulto Mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015?	OBJETIVO GENERAL: Determinar la situación socio familiar y estado nutricional del adulto mayor del Centro Adulto Mayor EsSalud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015.	SITUACION SOCIOFAMILIAR	Situación socio familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Vive con familia - Vive con familia y es dependiente - Vive con cónyuge - Vive solo y carece de hijos - Vive solo y carece de relaciones
			Situación socioeconómica	<ul style="list-style-type: none"> - Más de 1.5 veces al salario mínimo - Hasta 1.5 veces al salario mínimo. - Hasta pensión mínima no contributiva - ONP, AFP pensión contributiva. - Sin ingresos o con ingresos inferiores al apartado anterior.
			Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales. - Relación social solo con familia y vecinos. - Relación social solo con familia. - No sale del domicilio, recibe visitas. - No sale y no recibe visitas.

PROBLEMAS SECUNDARIOS ¿Cuál es la situación socio familiar del adulto mayor del centro del adulto mayor, según nivel socioeconómico, relaciones sociales y redes de apoyo del Centro Adulto Mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015? ¿Cuál es el estado nutricional del adulto mayor según el componente antropométrico del Centro Adulto Mayor Es Salud -San Juan de Miraflores, Marzo 2015?	OBJETIVOS ESPECÍFICOS Determinar la situación socio familiar del adulto mayor según nivel socioeconómico, relaciones sociales y redes de apoyo del Centro Adulto Mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015. Determinar el estado nutricional del adulto mayor según el componente antropométrico del Centro Adulto Mayor Es Salud - San Juan de Miraflores, Marzo 2015.		Redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - No necesita apoyo. - Con apoyo vecinal. - Voluntariado social. - Ayuda domiciliaria. - Necesita cuidados permanentes.
		ESTADO NUTRICIONAL	índice de masa corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Talla - Peso
			Índice cintura cadera	<ul style="list-style-type: none"> - Perímetro de cintura - Perímetro de cadera
			Plegues cutáneos	<ul style="list-style-type: none"> - Pliegue bicipital - Pliegue tricpital - Pliegue subescapular - Pliegue suprailiaco