



**UAP**

**UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**FAC**

**ULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“INFLUENCIA DE LOS FACTORES FISIOLÓGICOS Y  
PSICOSOCIALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL  
ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD  
CIUDAD DE DIOS. YURA – AREQUIPA, 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**BACHILLER: ROXANA VARGAS GALLEGOS**

**AREQUIPA - PERÚ**

**2017**

**“INFLUENCIA DE LOS FACTORES FISIOLÓGICOS Y  
PSICOSOCIALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO  
MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD DE  
DIOS. YURA – AREQUIPA, 2015”**

*Dedicado a Dios, por ser quien guía mis pasos. A mis padres y hermanos, por ser el motor constante en mi desarrollo personal y profesional*

*A mí adorada madre por ser una madre ejemplar, por todo su apoyo, paciencia, amor y lucha por hacernos cada día unas mejores personas.*

*A mi padre por habernos dado todo su amor, ayuda y dedicación.*

*A los docentes por transmitirnos sus valiosos conocimientos, aprendizajes y experiencias para ser mejores profesionales.*

*A todos ustedes desde mi corazón mil gracias*

## RESUMEN

La presente investigación titulada “Influencia de los factores fisiológicos y psicosociales en el estado nutricional del adulto mayor atendido en el centro de salud ciudad de dios. Yura - Arequipa, 2015” cuyo objetivo fue determinar la influencia de los factores fisiológicos y psicosociales al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. De enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, no experimental, de corte transversal, de nivel aplicativo, se conto con una muestra conformada por los 115 adultos mayores atendidos en el C.S. Se llego a las siguientes conclusiones.

Del 100% del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, la mayoría fluctúan entre las edades de 72 y 75 años, predomina el género masculino, son casados, el tienen estudios de secundaria, y sufren de próstata. Se determinó la influencia de ambos factores fisiológico y psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios, en el factor psicológico con mayor predominio debido principalmente por la falta de soporte familiar. Se determinó la influencia del factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios, en donde predomina el riesgo a una malnutrición por la disminución en la ingestión de alimentos, a los cambios en la función gastrointestinal, y malnutridos debido a los problemas masticatorios y de deglución, enfermedades crónicas, y a las enfermedades oncológicas. Se determinó la influencia del factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios en donde el están en riesgo a una malnutrición por la Anorexia, depresión, falta de soporte familiar y malnutridos por la ansiedad.

**Palabras claves:** adulto mayor, estado nutricional

## **ABSTRACT**

The present research entitled "Influence of physiological and psychosocial factors on the nutritional status of the older adult attended at the health center of God City. Yura - Arequipa, 2015 "whose objective was to determine the influence of physiological and psychosocial factors on the nutritional status of the older adult attended at the Ciudad de Dios Health Center. A quantitative approach, descriptive design, non-experimental, cross-sectional, application level, was counted with a sample conformed by the 115 older adults seen in C.S. The following conclusions were reached.

Of the 100% of the older adult attended in the Center of Health City of God. Yura - Arequipa, most of them are between 72 and 75 years of age, the male gender predominates, they are married, they have secondary education, and they suffer from prostate. The influence of both physiological and psychosocial factors on the nutritional status of the older adult attended at the Ciudad de Dios Health Center was determined by the psychological factor with higher prevalence mainly due to the lack of family support. The influence of the physiological factor on the nutritional status of the older adult was determined at the Ciudad de Dios Health Center, where the risk of malnutrition is predominant due to a decrease in food intake, changes in gastrointestinal function, and malnutrition Due to chewing and swallowing problems, chronic diseases, and oncological diseases. The influence of the psychosocial factor on the nutritional status of the older adult attended at the Ciudad de Dios Health Center where they are at risk of malnutrition due to Anorexia, depression, lack of family support and malnutrition due to anxiety were determined.

**Key words:** elderly, nutritional status

## INDICE

Pág.

### DEDICATORIA

### AGRADECIMIENTO

### RESUMEN

i

### ABSTRAC

ii

### ÍNDICE

ii

### ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

v

### INTRODUCCIÓN

vi

## CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	39
2.4. Hipótesis	41
2.5. Variables	41
2.5.1. Definición conceptual de la variable	41
2.5.2. Definición operacional de la variable	41
2.5.3. Operacionalización de la variable	41

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	42
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	42
3.3. Población y muestra	43
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	43
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	44
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	44
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	45
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	50
<b>CONCLUSIONES</b>	53
<b>RECOMENDACIONES</b>	54
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	55
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	



## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
<b>Tabla 1</b>	
Perfil del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015	46
<b>Gráfico 1</b>	
Influencia de los factores fisiológicos y psicosociales al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015	47
<b>Gráfico 2</b>	
Influencia del factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015	48
<b>Gráfico 3</b>	
Influencia del factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015	49

## INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores representan un segmento creciente de la población. Los cambios, fisiológico y psicosocial los hacen más vulnerables a un mal estado nutricional. (1)

El envejecimiento es acompañado por una serie de cambios en el organismo, partiendo de la base que este es diferente de un individuo a otro e incluso en el individuo, de un órgano a otro. (2) Estos cambios hacen al anciano susceptible de presentar problemas nutricionales. (3) Actualmente se reconoce que la nutrición juega un papel importante en el rol del estado de salud; la desnutrición y sobrepeso, están asociadas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. (4,5)

Según un informe de la OMS la mayoría de enfermedades crónicas aparecen en este periodo de la vida, sin embargo este grupo ha recibido relativamente poca atención en cuanto a prevención primaria. (6)

En la actualidad el estado nutricional de un individuo se define como el resultado de la relación existente entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos, por lo que al identificar el desequilibrio entre consumo y gasto energético y /o de nutrientes genera un deterioro en el estado nutricional por exceso o defecto que tiene implicaciones en el estado de salud de los individuos.

Por lo cual la nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en el adulto mayor

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El envejecimiento es un proceso normal cuya principal característica es la limitación de la capacidad de adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales y una disminución de la capacidad de reserva de todos los órganos y sistemas. Es por ello que los adultos mayores tienen mayor riesgo de presentar enfermedades, especialmente de carácter crónico degenerativo, resultantes de la interacción de factores genéticos y ambientales, que incluyen estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades. La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en el anciano. El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes

sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas.(1)

El envejecimiento va acompañado por una serie de cambios en el organismo, partiendo de la base que este es diferente de un individuo a otro e incluso en el individuo, de un órgano a otro. (2) Estos cambios hacen al anciano susceptible de presentar problemas nutricionales. (3) Actualmente se reconoce que la nutrición juega un papel importante en el rol del estado de salud; la desnutrición y sobrepeso, están asociadas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. (4,5) Según la OMS la mayoría de enfermedades crónicas aparecen en este periodo de la vida, sin embargo este grupo ha recibido relativamente poca atención en cuanto a prevención primaria. (6)

El estado nutricional es un componente integral de la salud, que favorece la independencia y calidad de vida. Existen muchos factores que contribuyen a la malnutrición de los adultos mayores: sociales, psicológicos y biológicos. (7,8)

Estos problemas de desnutrición y sobrepeso u obesidad en los adultos mayores son muy comunes. La prevalencia de desnutrición es de 1 a 15% en ancianos ambulatorios, de 17 a 70% en los hospitalizados y hasta 85% en los que están en asilos, de acuerdo a lo reportado en estudios internacionales. Estos porcentajes incrementan a medida que se van asociando otros factores de riesgo, como los socioeconómicos (situación familiar y redes de apoyo social, si vive en asilo o en su domicilio particular). (9)

En el Perú la prevalencia de malnutrición es de 23 a 62% en pacientes hospitalizados, el 85% en casas de reposo, y mayor de 15% en la comunidad. (10,11). La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el 3er

trimestre del 2012 en nuestro país, revela que en 26,3% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico (12). En un estudio realizado en Perú, los adultos mayores fueron evaluados a través del IMC según la clasificación de la OMS, encontrándose que presentaban exceso de peso (sobrepeso u obesidad) los varones en 25,7% y las mujeres en 38,4%; el 39,4% pertenecía a la zona urbana y el 11,9% a la zona rural, el 37,5% de los que tenían exceso de peso no eran pobres (13).

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, polifarmacia, depresión, entre otros. El estado nutricional es el resultado del balance de la ingesta de nutrientes y del gasto calórico proteico para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas; las anormalidades de esta condición son consideradas como desnutrición y en el otro extremo el sobrepeso y la obesidad (14).

La desnutrición, el sobrepeso y la obesidad se asocian a un mayor riesgo de morbimortalidad, mayores tasas de infección, aumento del número de caídas y fracturas, estancias hospitalarias más prolongadas, así como, empeoramiento de las enfermedades agudas o crónicas subyacentes y un deterioro general de la calidad de vida (15). La valoración del estado nutricional en el adulto mayor, así como la determinación de la malnutrición en sí, no posee estándares diagnósticos, lo que hace variable la información sobre su prevalencia ya que dependerá del método utilizado para la evaluación así como la población referida. El índice de masa corporal (IMC) determina desnutrición, sobrepeso y obesidad. (16)

Arequipa, atraviesa por un período de plena transición demográfica, caracterizado por intensas transformaciones y cambios en la estructura de edades de la población, de las que derivan situaciones y tendencias relevantes, no sólo desde el punto de vista demográfico, sino también desde el punto de vista de las relaciones entre la población y las variables económicas, se darán cambios en el envejecimiento y los cambios en los sistemas de cuidado, con otros cambios en las relaciones de dependencia. Si bien hoy la población adulta mayor no es un porcentaje tan alto, puede afirmarse que en Arequipa nos tendremos que preparar y no caer en el olvido que, la malnutrición es una de las principales complicaciones en el adulto mayor mas a un si este no vive con la familia, está hospitalizado o vive en algún centro geriátrico.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cómo influyen los factores fisiológicos y psicosociales al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cómo influye el factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015?
- ¿Cómo influye el factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la influencia de los factores fisiológicos y psicosociales al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Establecer la influencia del factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015
  
- Establecer la influencia del factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad el estado nutricional de un individuo se define como el resultado de la relación existente entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos, por lo que al identificar el desequilibrio entre consumo y gasto energético y /o de nutrientes genera un deterioro en el estado nutricional por exceso o defecto que tiene implicaciones en el estado de salud de los individuos.

Por lo cual la nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en el adulto mayor.

La finalidad de la evaluación del estado nutricional, es precisar la magnitud de la malnutrición, descubrir y analizar los factores de riesgo y proponer medidas apropiadas que puedan contribuir a mejorar la salud.



Es pertinente con la profesión de enfermería porque el adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto, la profesional de enfermería contribuye brindando un cuidado integral del adulto.

Su utilidad será, con los resultados obtenidos permitirá identificar la magnitud de la malnutrición y proponer medidas que contribuyan a mejorar la salud.

La trascendencia del estudio se dará en que servirá de base para otras investigaciones relacionadas con el tema, aportando información de consulta de interés para todo investigador

#### **1.5. LIMITACIONES**

La primera limitación corresponde a la población de estudio ya que la muestra de estudio solo serán los adultos mayores atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa

La segunda limitación corresponde a los resultados que se obtengan solo servirán para la institución de investigación.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

**GONZÁLEZ González Jennifer Lyrn;** en su estudio realizado “Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca Romana. Pontificia Universidad Javeriana. 2011. Con el objetivo de establecer la clasificación nutricional de 90 adultos mayores pertenecientes al Plan “Nueva Sonrisa” del Dispensario Santa Francisca Romana mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment. El estudio fue de tipo descriptivo transversal; el cual tuvo una muestra de 80 adultos mayores. Se llego a la siguiente conclusión:

*“El 15% de la población estudio se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio, siendo el mayor porcentaje de la muestra 72,5% mujeres y 27,5 % varones, el 62,5% se encuentra en el grupo etario de 70-79 años, seguido por 32,5 % entre 80 y 89, el 4% de 60 a 69 años y el 1% corresponde al rango mayor de 90 años, el 100% recibe menos de un salario mínimo. Los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional, fueron los relacionados con los parámetros dietéticos, en donde se encontró que el 86% de la población no consume carne, pescado o aves diariamente, el 84% no consume frutas o verduras dos veces al día y el 70% consume únicamente dos comidas al día. Finalmente la concordancia de las respuestas entre los adultos mayores y sus familiares fue favorable arrojando como resultado una fuerza de concordancia del 66% entre muy bueno y bueno”. (17)*

**ANDRADE Trujillo Catherine Alexandra;** en su investigación titulada “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. Riomba-Ecuador. 2011. La metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), una herramienta de tamizaje exclusiva para adultos mayores que evalúa parámetros antropométricos, estilos de vida, evaluación dietética y autopercepción del estado de salud y nutrición. Mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se determinó el nivel de depresión. Con el programa estadístico JMP se analizó la relación entre variables. Los resultados de los parámetros evaluados en la MNA, en sus dos fases Cribaje y Evaluación, indicó que el 15,6% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, el 48,5% en riesgo de malnutrición y el 35,9% en malnutrición. El 42,2% tienen desgaste proteico-energético afectando al 50% de la población masculina. El 6,3% de ancianos no presentan depresión, el 64,1% depresión moderada y el 29,6% depresión grave. Llegando a la conclusión:

*“Existe una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional (MNA) y nivel de depresión, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor, de igual manera existe una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional (MNA) y reservas proteico-energéticas; a mayor reservas proteico-energéticas, menor es el nivel de depresión. Es importante que la depresión en la población senil sea identificada y tratada, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y al estado de salud y nutrición, mediante una atención integral al adulto mayor.(18)*

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**PÉREZ Agüero, Carolina Yanina**, en su investigación titulada “Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los Servicios de Medicina del Hospital Militar Central. Lima, Perú. 2012. La desnutrición en el paciente hospitalizado continúa siendo la causa más frecuente de aumento de la morbimortalidad. Cuyo objetivo fue determinar la variación del estado nutricional en el adulto mayor durante su hospitalización en el Servicio de Medicina del Hospital Militar Central durante el periodo de Enero a Abril de 2012. Material y método: Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo realizado en 105 adultos mayores a los que se aplicó un instrumento validado para determinar el estado nutricional en nutrido, riesgo de desnutrición y desnutrición. Se cuantificaron los datos antropométricos y bioquímicos al ingreso y alta buscando variaciones. Llegando a la conclusión:

*“105 adultos mayores evaluados en el estudio se observó que si hubo variación de los valores de ingreso y alta del paciente hospitalizado encontrando al peso en primer lugar seguido de la circunferencia media de brazo y en tercer lugar el pliegue subcutáneo tricipital los cuales se vieron disminuidos al incrementarse los días de estancia hospitalaria. Conclusión: La hospitalización condiciona variación en los valores nutricionales en el adulto mayor. (19)*

**VELÁSQUEZ Calderón, Rosario**, en su estudio “Estado nutricional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor que asiste al programa de hipertensión y diabetes del Hospital III Yanahuara, EsSalud, Arequipa 2014. La investigación realizada tuvo como objetivo, asociar el estado nutricional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor que asisten al programa de hipertensión y diabetes del hospital III Yanahuara, la muestra fue probabilística, aleatoria simple, conformada por 346 adultos mayores. La hipótesis a comprobarse fue: Existe relación significativa entre el estado nutricional y la calidad de vida en el adulto mayor que asiste al programa de hipertensión y diabetes del hospital III Yanahuara. Se considero como variable (x) el estado nutricional y como variable (y) la calidad de vida. Los instrumentos utilizados fueron, el Mini Nutritional assessment (MNA) y el cuestionario de Calidad de Vida relacionado a la Salud (CVRS), los mismos que presentan validez y confiabilidad. La investigación es correlacional transversal ya que describe y relaciona cada una de las variables e indicadores del estudio, el análisis estadístico es descriptivo y relacional (utilizando la r de Pearson). Se llegó a las siguientes conclusiones:

*“El estado nutricional, los adultos mayores en su mayoría están bien nutridos y un porcentaje mínimo en riesgo de nutrición y que no existe diferencias significativas con respecto al sexo y la edad, es decir existe porcentajes similares en varones y mujeres en los niveles bien nutrido y riesgo de desnutrición. En la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores tienen mejor estado de salud, no presenta limitaciones físicas, problemas emocionales, sin efectos de los problemas físicos, el dolor no afecta la actividad física y presenta energía frente al cansancio. Sin embargo, un porcentaje significativo presenta mala salud general. No existiendo diferencias con respecto a la edad y el sexo”. (20)*

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. El Envejecimiento**

Es un proceso fisiológico de cambios sufridos por el individuo que empieza desde el momento mismo de el nacimiento, ocurre de forma diferente en cada persona e incluye modificaciones orgánicas, sistémicas, funcionales (a nivel físico y cognitivo) y psicológicas, enmarcadas por el estilo de vida, las condiciones ambientales y sociales, y, en gran medida, las tendencias alimentarias a lo largo de la vida. (21)

El envejecimiento es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares, celulares, fisiológicos y psicológicos. Los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente y en parte se deben a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida. Los cambios del proceso de envejecimiento afectan de manera diferente a las personas: unas permanecen sanas siempre que su estado de nutrición sea bueno; sin embargo, una proporción creciente de otras personas se vuelven frágiles, con disminución de la función visual, incremento de las alteraciones cognoscitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, que pueden reducir sus posibilidades de adquirir y preparar comida. Igualmente, la menor actividad física, los problemas bucodentales, los trastornos digestivos, la disminución de la sensación de sed y cambios en el estado de ánimo, pueden conducir las a la disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. Todo ello puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes. Igualmente, los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que

las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que también contribuye a que los requerimientos de energía sean menores y al mismo tiempo se incrementen las necesidades de algunas vitaminas y minerales. (22)

### **2.2.2. El adulto mayor**

Son mujeres y varones que tienen una edad de 60 años a 65 años. Se caracterizan por la pérdida progresiva de la masa muscular relacionada con una menor síntesis proteica, cambios hormonales, metabólicos, cardiovasculares, renales, gastrointestinales, neurológicos, inmunológicos y psicosociales. (23)

La edad en la que se presentan las alteraciones del adulto mayor varía de acuerdo al género y las condiciones biológicas de cada individuo, sin embargo podemos afirmar que los cambios generalmente inician entre los 50 y 60 años y van evolucionando de acuerdo a los hábitos y condiciones de vida. (23)

Según un informe de la OMS, el envejecimiento se ve influido por dos factores: intrínsecos y extrínsecos. Los factores intrínsecos, al proceder de causas genéticas, ejercen influencia en los procesos que determinan la duración de la vida. Por lo que algunos procesos intrínsecos pudieran haberse desarrollado a causa de la selección natural. Es necesario a la hora de medir riesgos, que el método epidemiológico analice en forma combinada las variables intrínsecas y extrínsecas. (24)

El conocimiento de los cambios relacionados con la edad permite diferenciar las características del proceso de envejecimiento de

los signos y síntomas de enfermedades como la demencia, que no es consecuencia de este y debe ser investigada, así como otras enfermedades, que tampoco son productos del envejecimiento. Es importante mencionar los múltiples problemas que enfrentan los ancianos, la cual requiere consideración de cada uno de los aspectos antes mencionados. Este abordaje debe ser integral, lo cual es necesario y útil, dada la diversidad de enfermedades propias de la vejez. (1)

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente los los adultos mayores, ya han dejado de trabajar, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que los adultos mayores, muchas veces sean considerados como un estorbo para sus familias. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos o casas de reposo para el adulto mayor.

La mayoría de adultos mayores gozan de buena salud y pueden cuidar de sí mismos aún a edades muy avanzadas. Sin embargo, muchos sufren de enfermedades crónicas y/o accidentes (caídas, fracturas) que pueden causar deterioro o discapacidad funcional y la subsecuente necesidad de cuidados especiales. El grado de deterioro funcional, se encuentra estrechamente relacionado a la dependencia y a la pérdida de la calidad de vida, se mide en función a la menor o mayor capacidad que tiene el adulto mayor para realizar por si mismo las actividades básicas como el comer solo, vestirse, bañarse, ir al baño, o trasladarse; y las actividades instrumentales de la vida diaria como el prepararse la comida,



hacer las labores de la casa, manejar el dinero, administrarse sus medicamentos, ir de compras, hablar por teléfono o salir de casa.

Los cuidados en el adulto mayor difieren si se trata de una persona relativamente sana, de un anciano frágil o un adulto mayor frágil con inmovilidad o postrado. El anciano frágil o vulnerable es aquel en quien a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, ante situaciones estresantes, tiene mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. Desde el punto de vista físico pueden observarse en él, en forma combinada: pérdida de peso, fatiga, disminución de la fuerza y resistencia muscular, disminución del equilibrio, pobre actividad física y una velocidad lenta al caminar, con deterioro en la comunicación por déficit visual o auditivo; presencia de incontinencia, déficit nutricional, y deterioro cognitivo; quien además, desde el punto de vista psicosocial, puede tener depresión, ansiedad y pobre soporte familiar y social.

### **Alteraciones de la salud en el Adulto mayor**

- **Alteraciones fisiológicas:** Es la pérdida progresiva de masa magra corporal es la característica más importante del envejecimiento lo que se traduce en una pérdida progresiva de tejidos principalmente en el musculo esquelético, la masa grasa aumenta y se redistribuye; los contenidos de agua y mineral óseo disminuyen. Los órganos de los sentidos sufren cambios que repercuten en el estado nutricional. Así por ejemplo la sensibilidad gustativa disminuye presentándose hipogeusia lo que conlleva a la pérdida del placer por comer, ya que reduce la sensibilidad para distinguir los sabores salado y dulce. La disminución de la agudeza visual conlleva a dificultades para leer la fecha de vencimiento y apreciar las características

relacionadas con un buen estado higiénico de los alimentos.  
(25)

- **Alteraciones de los sistemas:** También se presentan cambios importantes los cuales se convierten en factores que afectan el estado nutricional de los adultos mayores. En el sistema digestivo los procesos son más lentos, hay una disminución importante en el proceso de absorción carbohidratos, lípidos, vitamina B12, calcio y vitamina D y disminución leve en algunas secreciones lo que conlleva a trastornos en la motilidad intestinal. (25) El sistema renal a su vez se modifica presentando alteraciones en los mecanismos reguladores de la sed, disminución en la tasa de filtración glomerular y de secreción de renina, entre otros. En el sistema inmunitario disminuye la función de los linfocitos T y la producción de la interleucina 2, conllevando a una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas. Entre los cambios del sistema endocrino se destacan disminución en la secreción de la hormona de crecimiento, por tanto, pérdida de su función anabolizante. Los cambios producidos en el sistema nervioso tanto en el contexto neuronal como químico pueden dar modificaciones. (25)

### **2.2.3. Estado nutricional del adulto mayor**

El envejecimiento es un proceso fisiológico, gradual, progresivo y lesivo. Como cualquier proceso biológico, tiene en el contexto de la segunda ley de la termodinámica y por tanto una expresión de la tendencia que tienen todos los sistemas organizados de proceder hacia el desorden con el tiempo.(26,24)

Los nutrientes hacen posible que se mantengan en tiempo y espacio las características estructurales y funcionales del sistema celular dentro del estrecho rango de la normalidad. El papel que

juega la nutrición en el proceso de envejecimiento y el efecto de la edad en la alimentación de un individuo han sido muy discutidos. Los alimentos que un individuo ingiere tienen una función preponderante en su salud. La falta de ellos puede producir serias enfermedades, mientras que el consumo en exceso es conducente a enfermedades crónicas frecuentes de la edad avanzada. (28)

Los vínculos entre la nutrición y el envejecimiento a corto, mediano y largo plazo evidencian que la nutrición juega un destacado papel como factor relacionado con las enfermedades cardiovasculares, las cataratas, la diabetes mellitus, osteoporosis y el cáncer en ancianos, además de tener una participación importante en el proceso de envejecimiento individual y colectivo. (24)

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas

La evaluación del estado nutricional debe incluir antropometría, algunos parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física, como asimismo evaluar patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes. (10)

**Determinación de la valoración nutricional antropométrica:  
según IMC:**

En ese sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla serán utilizados para calcular el IMC a través de la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$$

Clasificación del estado nutricional según IMC:

- Delgadez  $\leq 23.0$
- Normal  $>23$  a  $< 28$
- Sobrepeso  $28$  a  $< 32$
- Obesidad  $\geq 32$  (24)

La Tabla de Valoración Nutricional Antropométrica para personas adultas mayores es un instrumento de clasificación nutricional “rápida”, que se utiliza en situaciones específicas como actividades extramurales y masivas, donde se tiene poco tiempo o no se cuenta con el equipo de apoyo necesario (calculadora, papel, entre otros) contiene los signos de alerta a considerar y, la Ficha de Valoración Nutricional para la persona adulta mayor. (29)

### **Tamizaje del estado nutricional**

Es el proceso de identificar las características que están asociadas con problemas alimentarios o nutricionales en la población general. Su propósito es diferenciar los individuos que se encuentran en alto riesgo de problemas nutricionales o que presentan estado nutricional deficiente o un buen estado nutricional.

- **Peso Corporal:** Es la suma de todos los componentes de cada uno de los niveles de composición corporal descritos; es una medida gruesa de los depósitos de energía corporal total y

cambia de manera simultánea con el balance de energía, de agua, y de proteínas.

- **Talla:** La estatura se estima a través de la medida directamente y altura de rodilla. Esto depende de la condición clínica y física del usuario, según sexo y edad, descrita abajo:  
Hombre =  $(2.02 \times \text{altura pierna en centímetros}) + (64.19 - (0.04 \times \text{edad en años}))$   
Mujer =  $(1.83 \times \text{altura pierna en centímetros}) + (84.8 - (0.24 \times \text{edad en años}))$ . (30)

#### **2.2.4. Enfermedades en el Adulto Mayor**

Las alteraciones neurológicas juegan un papel muy importante y en muchos casos como desencadenantes de caídas en el adulto mayor. En algunos de los casos se pueden presentar, lesiones estructurales que interrumpen o afectan todos los procesos de origen nervioso que participan en el complejo mecanismo de la marcha y el equilibrio propios de su edad.

- **Alteraciones de la Marcha:** Partiendo de la base de que las caídas se producen cuando el esfuerzo para establecer el centro de gravedad es su sitio es insuficiente, es fácil deducir que se presenten alteraciones en algunas estructuras o sistemas encargados de controlar la marcha, recuperar el equilibrio después de haberlo perdido por un factor extrínseco será un proceso mucho más complicado. La corteza cerebral es una sustancia gris que recubre superficialmente los hemisferios cerebrales es en esta área donde las señales sensitivas se hacen perceptibles por el ser humano, señales como la visión, audición, gusto, olfato, tacto. Del mismo modo encontramos las conexiones neuronales del funcionamiento de la actividad motora, es decir el desarrollo de los movimientos y es en el lóbulo frontal donde tienen origen las funciones motoras voluntarias. La ablación o lesiones destructivas en este lóbulo dan como resultado pérdida de los movimientos

voluntarios. Los núcleos de la base, llamados también ganglios basales, son conglomerados de células nerviosas que se observan como masas, una lesión en los núcleos de la base produce alteraciones de la coordinación dando lugar a la aparición de los síntomas de trastorno motor como el Parkinson, galisimo y corea de Huntington. Cuando se presentan lesiones a nivel del cerebelo, se producen cambios bastante notorios en el tono muscular y en la coordinación de la acción motora. Las lesiones producen alteraciones de la marcha conocidas como marcha cerebelosa, las cuales surgen de la incapacidad de coordinar movimientos especialmente el de las piernas, con respecto al balanceo conjunto de las manos. En estos casos presenta una separación de los brazos del cuerpo para equilibrarlo, la marcha no es en línea recta sino con desviaciones laterales; además existen diversos síntomas que se manifiestan tanto en reposo como en la ejecución de movimientos como temblores, hipotonía, retardo en la iniciación y terminación de los movimientos intencionales, disimetría y disartria. Las vías medulares son un conjunto de neuronas interconectadas sinápticamente entre sí, las cuales conducen un determinado tipo de estímulo; estas vías son aferentes o de la sensibilidad y eferentes o motoras. Las vías aferentes están formadas por las ramificaciones periféricas de las neuronas sensitivas, las cuales terminan en los distintos receptores cutáneos para captar las condiciones exteriores. Estas pueden ser transmitidas por los órganos especiales de los sentidos: visión, audición, olfato, gusto y tacto, por los músculos y articulaciones para reconocer la posición de nuestro cuerpo y sus segmentos o vísceras para regular su funcionamiento de acuerdo a las

circunstancias de cada momento. Las vías eferentes o motoras se relacionan con la ejecución de los movimientos voluntarios. Esta vía va desde la corteza cerebral específicamente a la altura de las células de Betz, los fascículos de coordinación motora, es decir de adecuación de la actividad motora en cuanto a fuerza, amplitud e intensidad de cada movimiento. Existen dos tipos de actos motores: motilidad cinética y estática. La estática guarda relación con el tono muscular y la postura. La cinética produce desplazamiento de una parte o de la totalidad del cuerpo. Es en la motilidad cinética en donde se puede diferenciar los actos motores voluntarios de los involuntarios. Los voluntarios como su nombre lo indica requieren de la voluntad del individuo para su realización y estos se llevan a cabo por la vía piramidal, mientras que los involuntarios escapan al dominio del individuo y son controlados por la vía extra piramidal. Entre los actos motores involuntarios encontramos los movimientos reflejos, aquellos que resultan de la excitación periférica seguida de una respuesta motriz inmediata y los movimientos automáticos asociados, es decir aquellos que se realizan de manera automática en varias actividades cotidianas, como el movimiento sincrónico de los brazos al caminar ó el fruncir el rostro al realizar una actividad que requiera esfuerzo. El laberinto es un sistema de conductos en el oído interno que se compone de dos partes: la coclea que tiene la función auditiva y el sistema vestibular con la función en el equilibrio. Los estímulos originados en el vestíbulo nos dan, en parte, el conocimiento de la posición y de los movimientos de la cabeza. El vestíbulo origina además una serie de mecanismos reflejos de mayor importancia y por sus

conexiones con los núcleos de los nervios III, IV y VI, a través del fascículo longitudinal medio, interviene en la coordinación de la mirada en relación con la posición de la cabeza y por medio de sus conexiones con el núcleo vestibular lateral influye directamente en el mantenimiento del tono muscular, especialmente de los músculos encargados de la estática y equilibrio del organismo.

- Alteraciones del equilibrio y la postura: El hombre necesita alcanzar una postura de bipedestación estable antes de iniciar la marcha. En la posición erecta, la estabilidad mecánica se basa en el soporte músculo esquelético que se mantiene por un equilibrio dinámico en el que se encuentran implicados diversos reflejos posturales. Los trastornos de la marcha son un problema frecuente en las personas mayores, de manera independiente, aumentan la morbilidad y son un factor que contribuye al ingreso en residencias de ancianos. La preservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para una ancianidad satisfactoria. Se podría definir equilibrio como la capacidad de mantener la orientación del cuerpo en relación con el espacio exterior. Las alteraciones en el equilibrio se presentan al ocurrir patologías que afectan algunas estructuras, por lo general, los trastornos del equilibrio se ven reflejados en dos formas en especial: vértigo y ataxia. El vértigo se define como la falsa idea o ilusión de movimiento del entorno, algunas veces rotatorio o unidireccional es decir que puede presentarse, por ejemplo, como una sensación de tambaleo o caída hacia delante o atrás, o de un movimiento de la tierra como un temblor por debajo de los pies. Con frecuencia, se relaciona con otros síntomas como la sensación de que el cuerpo es



jalado o empujado hacia el espacio, (ilusión visual de movimiento hacia atrás y adelante), puede presentar náuseas, vómitos y diaforesis. La ataxia se define como una descoordinación en los movimientos finos musculares o una pérdida en el control muscular, lo cual produce movimientos espasmódicos y una marcha inestable como de vaivén en la mitad del cuerpo. Los movimientos elegantes y suaves que realizamos diariamente son el resultado de un equilibrio entre grupos opuestos de músculos, coordinados por el cerebelo. La ataxia puede ser el resultado de un defecto presente al nacer (congénito) o de una infección vírica como la varicela. También se puede desarrollar después de una encefalitis, un traumatismo craneal y enfermedades que afectan al sistema nervioso central o la médula espinal. En los adultos, las causas más comunes son accidente cerebro vascular, reacciones tóxicas a medicamentos o al alcohol o problemas con los nervios de las piernas. Aunque los cambios de la marcha relacionados con la edad, tales como la reducción de la velocidad y el acortamiento del paso, son más visibles a partir de los 80 años, la mayoría de los trastornos al caminar se relacionan con una enfermedad subyacente y suelen ser más visible cuando progresa la edad aunque algunos ancianos mantienen la marcha normal incluso en la novena década de su vida. En los ancianos que presentan un deterioro mayor en la marcha, con respecto a los que se van a presentar por efecto de la edad, los pasos se hacen más cortos y la fase estática de la marcha aumenta, causando una importante alteración en la coordinación de los movimientos propiciando de esta manera las caídas.

- Enfermedad cerebrovascular: según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad cerebro vascular se define

como el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral con síntomas que persisten por más de 24 horas a más, los cuales pueden llevar a la muerte sin ninguna otra causa evidente que el origen vascular. Es una lesión o un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento del encéfalo. La Enfermedad Cerebro vascular se clasifica según su origen en ECV Isquémico y hemorrágico, los cuales a su vez se subdividen según el tipo y causa de las lesiones. Según la OMS el 85% de todos los casos mundiales que se presentan de ECV corresponden al de tipo isquémico mientras que solo el 15% corresponden a los de tipo hemorrágico. En la actualidad la ECV constituye un importante problema social y económico, así como un reto para el sistema de salud. Es la causa más frecuente de disfunción a nivel neurológico y su frecuencia aumenta a medida que avanza la edad. Los datos sobre la prevalencia mundial indican que la ECV se presenta entre 500 a 700 casos x100.000 habitantes y de estos pacientes un 90% quedan con incapacidad física. Se considera que esta enfermedad es la tercera causa de muerte, sobre todo en países desarrollados. En Latinoamérica la magnitud y la gravedad de la ECV ha sobrepasado todas las expectativas, el problema ha crecido en forma tan rápida que puede considerarse una epidemia. Los principales factores de riesgo son: Hipertensión, tabaquismo, hiperlipidemias, diabetes mellitus, alcoholismo y las cardiopatías, en los factores cardiacos las manifestaciones clínicas generalmente son de inicio gradual es decir ocurren y luego se detienen o pueden empeorar lentamente con el tiempo. Los síntomas más orientadores hacia un ECV son: Déficit motor, Déficit sensitivo, Alteraciones del lenguaje, Ataxia, incoordinación, temblor,

Amnesia, agnosia, apraxia, confusión, demencia, Vértigo, Crisis epilépticas, Cefalea, Náuseas, vómitos, Signos meníngeos, Ceguera, Incontinencia, Paraparesia, Disartria, Diaplejía. La ECV se relaciona con las caídas en dos momentos: En la fase aguda y durante las secuelas. En el primer caso se producen las caídas por la pérdida de la consciencia, debido a que en ese momento hay una alteración aguda de los órganos que controlan el equilibrio por las lesiones en el sistema piramidal provocando una parálisis de un solo lado del cuerpo (hemiplejía), produciendo alteraciones de la marcha y aumentando la predisposición a la caída. Las secuelas de una ECV se relacionan con las caídas porque esta puede producir de manera permanente lesiones en los órganos y sistemas encargados de controlar la marcha, la coordinación y el equilibrio.

- Demencia Senil: Es una enfermedad mental caracterizada por la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuible al envejecimiento lo cual disminuye la capacidad de la mente para desarrollar una vida normal. Se presenta principalmente a partir de los 85 años donde afecta al 30 – 50% de todos los adultos mayores, sin embargo se empieza a manifestar a partir de los 65 años. La demencia es una enfermedad crónica y degenerativa del sistema nervioso central que no solo disminuye la capacidad y calidad de vida del paciente representa un cambio en el entorno familiar. Con mucha frecuencia se tiende a confundir la demencia con el deterioro normal del organismo correspondiente al proceso de envejecimiento, por lo cual es importante distinguir bien entre estas dos situaciones. El envejecimiento es un proceso progresivo,

intrínseco y universal como consecuencia de la interacción de la genética de la persona y su entorno conduciendo a la pérdida funcionales y a la muerte.

- Enfermedad de Alzheimer: es la pérdida de la función cerebral debido a una serie de pequeños accidentes vasculares (demencia vascular). Existe un tipo de demencia que vale la pena mencionar y es la de cuerpos de Lewy (DCL), la cual se caracteriza porque las personas con esta afección tienen depósitos proteínicos anormales en ciertas áreas del cerebro llamados cuerpos de Lewy, los cuales corresponden a estructuras de las neuronas causantes de la degeneración de su citoplasma. Entre los síntomas tenemos la pérdida de la memoria el cual constituye el principal síntoma de la enfermedad en el la persona no puede recordar pequeños detalles y muy sencillos, lo cual se agrava de manera progresiva hasta el punto de no reconocer a las personas cercanas en el ámbito familiar y no recordar acciones ocurridas en un pasado reciente o remoto. Problemas del lenguaje: Incapacidad en la comunicación, comprensión de lectura, para desarrollar el lenguaje escrito al igual que para mantener una idea lógica en el pensamiento, balbuceos, uso de palabras y una marcada incapacidad para expresar lo que se siente o se piensa, por lo cual el paciente tiende a repetir la misma idea varias veces. Problemas motores es la imposibilidad de realizar actividades manuales de forma correcta mostrando una marcada torpeza en los movimientos necesitando ayuda para cambiarse, realizar otro tipo de esfuerzo y tendencia a caer. Problemas físicos y de lógica mental: El paciente se vuelve incontinente, no come solo requiere de ayuda, presenta incapacidad de comprensión, concentración, reconocimiento y aprendizaje. Además sufre depresión,

abandono de sí mismo, alucinaciones, nerviosismo, conductas agresivas e insomnio. La demencia es una enfermedad en la que se deteriora la memoria y otras capacidades intelectuales con respecto al estado mental previo de una persona. La demencia no puede curarse, ni permite recuperar las partes dañadas en el cerebro, sin embargo a través del uso de medicamentos se pueden disminuir los síntomas. Es claro que la demencia se relaciona de manera estrecha con las caídas, debido a que limita al paciente en cuanto a su destreza y su motricidad, por lo tanto se le hace mucho más difícil al enfermo mantener el equilibrio y recuperarlo después de una caída.

- Enfermedad de Parkinson: es un trastorno que afecta las neuronas localizadas en el cerebro que controlan los movimientos musculares. El mal de Parkinson se presenta cuando las neuronas de las áreas del cerebro donde se produce la Dopamina se destruyen lentamente, no pudiendo enviar mensajes de forma apropiada produciéndose una pérdida de la función muscular. El daño empeora con el tiempo y aunque se desconoce la razón por la cual las neuronas se desgastan, es sabido que normalmente, la dopamina envía señales que ayudan a coordinar los movimientos. Esta enfermedad afecta tanto a mujeres como varones. Sus síntomas son: Rigidez muscular, Temblores que pueden ser de diferentes intensidades. Hipocinesia, disminución de los movimientos. Dificultades al andar, parece que se siguen a sí mismos, Mala estabilidad al estar parado, Al comenzar a andar tienen problemas, les cuesta empezar, falta de expresión de los músculos de la cara. Lentitud de movimientos. falta de capacidad de estar sentado sin moverse. Movimiento de los dedos como si estuvieran contando dinero. Boca abierta, con

dificultad para mantenerla cerrada. Voz de tono bajo, dificultad para escribir, comer, deterioro intelectual, algunas veces estreñimiento al principio los síntomas pueden ser leves y a medida que los síntomas empeoran, pueden tener dificultades para caminar o hacer labores simples.

- Depresión: Es un trastorno emocional abatimiento o sentimiento de infelicidad que puede ser de carácter permanente o transitorio. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente la esfera afectiva manifestando tristeza, decaimiento, irritabilidad, trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. El ánimo deprimido durante casi todo el día. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, durante la mayor parte del día y casi a diario (apatía). Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes) como también disminución o incremento en el apetito día por día. Insomnio o hipersomnia que se manifiesta casi a diario. Agitación psicomotora manifestado como sensación subjetiva. Fatiga o pérdida de energía la mayor parte del tiempo. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión. Pensamientos recurrentes de muerte, idea suicida
- Problemas auditivos: El oído, llamado por las ciencias médicas órgano vestíbulo coclear, es una estructura anatómica que tiene la importante función de conformar el órgano de la audición y el equilibrio. Se divide en tres partes principales:

externo, medio e interno, siendo éste último el encargado de transmitir los impulsos nerviosos hasta el cerebro y mantener el equilibrio en el cuerpo. El oído interno está formado por una serie de canales membranosos alojados en una parte densa del hueso temporal y se divide en: cóclea, vestíbulo y tres canales semicirculares; estos tres canales se comunican entre sí y contienen un fluido gelatinoso denominado endolinfa. El vértigo de Ménière aparece como consecuencia de lesiones producidas en los canales semicirculares y produce náuseas, pérdida de la capacidad auditiva, acúfenos, ruido en los oídos y alteraciones del equilibrio. Finalmente es importante anotar que cualquier tipo de disfunción del oído interno puede causar mareos y hacer que un adulto sea doce veces más propenso a sufrir caídas que terminarían afectando significativamente su calidad de vida.

- Problemas Visuales: las cataratas constituye la principal causa de deterioro visual en todo el mundo en más del 70% de los sujetos mayores de 80 años la padecen. Esta enfermedad se caracteriza por la opacidad del cristalino reduciendo progresivamente la visión presentando sensibilidad al resplandor o al contraste e intensidad de los colores, incluso una visión borrosa.
- Degeneración macular de la retina: La degeneración macular relacionada con la edad es la causa más frecuente de ceguera en las personas ancianas de todo el mundo desarrollado. Se produce un trastorno de la mácula (parte central de la retina del ojo), que origina pérdida de la visión central, siendo ésta más distorsionada o borrosa, mientras que los campos visuales periféricos se mantienen intactos. La edad avanzada es el factor de riesgo asociado más importante, aunque también contribuye la

predisposición genética. Otros factores de riesgo son el tabaquismo e hipertensión. Los individuos de raza blanca corren un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad que los negros. Sus síntomas iniciales son la necesidad de alejar lo que estamos leyendo y mayor cantidad e intensidad de luz para leer a medida que avanza la afección. No se trata de una condición que conduzca habitualmente a la incapacidad visual severa. Algunos factores que pueden acentuar este proceso son: la diabetes, la anemia, el uso de determinados fármacos, padecer hipermetropía (dificultad para ver de cerca) o ejercer alguna profesión que exija el uso constante y prolongado de la vista corta. El Glaucoma es una neuropatía causada por la pérdida progresiva de las fibras nerviosas de la retina y el nervio óptico, los síntomas principales son defectos en el campo visual y pérdida de visión. Uno de los principales factores que pueden influir en la aparición de glaucoma es la presión intraocular alta, aunque no existe una correlación exacta entre glaucoma y presión intraocular, pues algunas personas pueden desarrollar la enfermedad con cifras de presión intraocular consideradas normales y sin embargo en otras ocasiones existen cifras altas sin que se produzca ninguna repercusión ocular.

- Problema Sensorial: La combinación de múltiples defectos sensitivos puede producir desorientación o desequilibrio, lo cual se interpreta como mareo o vértigo, más que todo en los ancianos debido a que ellos en su mayoría tienen afectada la visión, audición.
- hipotensión ortostica. El Comité de Consenso de la Sociedad Americana de Enfermedades Autonómicas



de la Academia Americana de Neurología definen la hipotensión ortostática (HO) como la caída de la presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 20 milímetros de mercurio (mmHg) o de la presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 10 mmHg que ocurre en los 3 minutos posteriores de pasar de la posición supina a la posición erguida.

- **Farmacológicas:** los fármacos hacen parte de los factores de riesgo intrínsecos predisponentes a caídas en la ancianidad, concepto que puede variar si se aumentan las medidas preventivas en los pacientes o si el médico ocupa su atención en la educación del mismo y/o del personal que lo acompañe en sus actividades domésticas o laborales, asegurando de esta manera la satisfactoria evolución del paciente previniendo así contratiempos por causas de los efectos adversos. Las caídas en muchas ocasiones son causadas por el uso inadecuado de algunos fármacos, cuya prescripción debe realizarse con las indicaciones pertinentes para lograr un adecuado tratamiento y evitar así los molestos efectos secundarios.
- **Problemas cardiovasculares:** las enfermedades cardiovasculares se refieren a las enfermedades del corazón y a las enfermedades del sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) de todo el organismo, tales como el cerebro, las piernas y los pulmones. "Cardio" se refiere al corazón y "vascular" al sistema de vasos sanguíneos. Entre estas encontramos: la Aterosclerosis: que es un adelgazamiento y endurecimiento de las arterias conforme vamos envejeciendo puede ocurrir de forma espontánea el endurecimiento de las arterias. Cuando una persona padece de aterosclerosis, las paredes internas de las arterias se estrechan más debido a la acumulación de placa. La placa es el resultado

de depósitos de grasa, colesterol y otras sustancias. Se forman coágulos de sangre que obstruyen el flujo sanguíneo y esto puede provocar ataques cardíacos y derrames cerebrales. El colesterol elevado en sangre, fumar, HTA, diabetes, obesidad, sedentarismo, el uso de medicamentos para el tratamiento de esta enfermedad predisponen a sufrir caídas, puesto que causan síntomas que llevan a la pérdida del equilibrio y sin embargo se recetan sin tanto recelo. Enfermedad cardíaca coronaria: esta enfermedad afecta a los vasos sanguíneos (o las arterias coronarias) del corazón, produce angina de pecho (dolor de pecho) y ataques cardíacos (infarto del miocardio). Es más frecuente en hombres que en mujeres pero cuando ellas llegan al climaterio aumenta la probabilidad de sufrir esta enfermedad porque sus estrógenos las protegen de eventos isquémicos cuando son jóvenes. Es de anotar que las mujeres afroamericanas tienen más probabilidades de morir a causa de una enfermedad cardíaca que las mujeres blancas. Se manifiesta con sensación de presión o dolor, como si algo lo apretara en el pecho debajo del esternón y en algunas ocasiones también ocurre en los hombros, brazos, cuello, mandíbula o espalda. Puede no ocurrir daño al miocardio y esto sucede cuando alguna parte del corazón no recibe suficiente sangre pero no hay obstrucción total del flujo sanguíneo, en este caso se le denomina angina. En el tratamiento de las enfermedades cardíacas, los medicamentos utilizados, tienen diferentes mecanismos de acción y algunos pueden causar efectos adversos tales como hipotensión arterial, depresión cardíaca manifestada con bradicardia, bloqueo AV y pueden llegar a producir síncope y/o lipotimias en las que hay pérdida del sensorio, motivo por el cual debe haber una buena educación del paciente para evitar caídas y traumatismos

posteriores a estas. Insuficiencia cardiaca: Se desarrolla lentamente y puede tener un impacto importante en la vida de la persona, en su capacidad para realizar actividades cotidianas como vestirse, bañarse y desplazarse. El efecto adverso del tratamiento debido a los fármacos utilizados puede llegar a producir hipotensión y la disminución de la frecuencia cardiaca. El término insuficiencia cardiaca congestiva es utilizado para hacer referencia a la congestión o la acumulación de líquidos. Arritmia: es la alteración del ritmo normal del corazón. La frecuencia cardiaca normal oscila entre los 60 a 100 latidos por minuto y responde a: El impulso eléctrico del corazón se inicia en el nodo sinusal, emplazado en la aurícula derecha, de ahí pasa por las aurículas al nodo aurícula-ventricular, situado en la unión de las aurículas con los ventrículos y llega a los ventrículos por el haz de His. En los ventrículos se produce un estímulo sincrónico a través del sistema Purkinje

#### **2.2.5. Malnutrición**

La malnutrición se define como el estado en el cual hay una deficiencia, exceso o un mal balance de energía, proteínas y otros nutrientes que afectan la composición corporal y la evolución clínica. (7)

La desnutrición y la obesidad, son consideradas formas de malnutrición. La desnutrición se define como una nutrición inadecuada resultante de la falta de alimentos o la falla para poder absorber o asimilar los nutrientes, se caracteriza por un bajo peso <100 libras y un bajo índice de masa corporal <18.5kg/m<sup>2</sup>. En contraste la sobre nutrición es un exceso de ingesta de nutrientes y energía que nos lleva a la obesidad. Ambas son un signo de

alarma, ya que lo llevan a un decline del estado físico y exacerbación de la fragilidad. (31)

La desnutrición es la que normalmente aparecía en el adulto mayor, sin embargo hoy hay una mayor prevalencia de la obesidad, se estima que un 60% de personas mayores de 65 años tienen obesidad. También se ha observado la desnutrición en pacientes hospitalizados, y la obesidad en personas que viven en centros geriátricos o en casa. (32) Por lo tanto la malnutrición en este grupo etario es inevitable, muchos cambios nutricionales están asociados al proceso de envejecimiento. (33-34)

### **Causas de malnutrición**

La malnutrición se presenta con mayor frecuencia en la edad avanza y posee una prevalencia alta en las personas ancianas. Es así que entre el 6 y 15% de los ancianos no hospitalizados (es decir, que residen en sus propios domicilios) se encuentran malnutridos, y entre el 25 y 60%, aparecen los ancianos hospitalizados (casas de reposo).

Son factores de riesgo asociados a la desnutrición, la ingesta inadecuada de alimentos, el apetito disminuido, la anorexia, la pobreza, el nivel cultural, el entorno social, la dependencia o discapacidad, las enfermedades, la viudez o depresión y el alcohol, entre otros. **La depresión** es una de los mayores contribuyentes de la malnutrición, por lo tanto la evaluación de depresión debe incluirse para comprender el riesgo de desnutrición. (7,8)

Simultáneamente con la pérdida de peso, se presentan otros síntomas, como anemia, fatigas, disminución del ritmo cardiovascular y respiratorio, alteraciones del metabolismo en

general y de los fármacos, caídas frecuentes, fracturas, deterioro del estado funcional.

La mala nutrición del adulto mayor incrementa el riesgo de enfermedades, hace a los individuos vulnerables a infecciones, que pueden ser motivo de muerte, deteriora la capacidad funcional y afecta y disminuye la calidad de vida.

### **Deficiencias nutricionales en el anciano**

Los procesos del metabolismo y el envejecimiento como resultado del ciclo de la vida, ocasionan daños sobre el organismo. En tal sentido, envejecer es el resultado de diversas variables, como pueden ser la genética, el modo de alimentarse, la vida que se lleva, el estado mental, la red social que se desarrolla alrededor del individuo, lo que se ha hecho para prevenir enfermedades y los tratamientos médicos disponibles.

Son tres las reglas claves del envejecimiento y ocurre en toda la población, produce cambios en funciones o estructuras celulares y éstos cambios se incrementan en forma progresiva con la edad. El metabolismo es una red de procesos homeostáticos que permiten el desarrollo de la vida. A su vez metabolizar (o procesar el alimento) enferma y produce daño. Es decir, que vivir y comer para vivir daña y envejece.

El envejecimiento es inevitable, pero el daño del metabolismo el costo de vivir y metabolizar la comida que necesariamente tenemos que incorporar, puede mantenerse a nivel sub-patogénico. Para lograrlo es necesario incorporar una alimentación variada y balanceada, suplementos o drogas (antioxidantes, antiglicación, anticross linking), y restricción calórica sin desnutrición.

### **Obesidad y complicaciones en el adulto mayor**

La obesidad es una enfermedad en donde el 49% de la población son obesos en el país, mientras que en 2010 el número trepó a 53% y en 2040 podríamos llegar a 85%.

Las causas de la obesidad son el aumento de las grasas, la sal, el alcohol y la disminución de micronutrientes. En complemento, se advierte un crecimiento elevado de las bebidas azucaradas, que representan una de las causas principales de la obesidad actual. También, existen preferencias alimentarias tempranas, innatas, que tienen ver con la atracción por lo dulce y el rechazo por lo amargo o ácido.

Si nosotros desde pequeños logramos construir un hábito alimenticio en el individuo que sepa comer con los niveles de sal, azúcar y grasa adecuados se habrá logrado un considerable grado de prevención de la obesidad.

Existen además creencias que ayudan a mantener la enfermedad. Entre ellas se encuentran la suposición de poseer una debilidad de voluntad o carácter, creer que el problema está resuelto una vez que se ha conseguido bajar de peso o caer en la trampa de los métodos de reducción de peso sin hacer esfuerzo.

La alimentación tiene evidentes connotaciones sobre nuestra salud. En ese sentido, el 50% de los habitantes incrementa su riesgo cardiovascular como consecuencia, de sus malos hábitos alimentarios.

El envejecimiento normal se asocia con disminución fisiológica de la ingestión de alimento y reducción de los mecanismos

homeostáticos que funcionan en los adultos jóvenes para restaurar la ingestión de alimento en respuesta a estímulos anoréxicos. Está demostrado que cuando adultos jóvenes y ancianos se someten a una baja ingestión y de nuevo se les permite alimentarse libremente, los jóvenes ingieren más alimento que al inicio y rápidamente regresan a su peso habitual; en cambio, los ancianos sólo regresan a su ingestión habitual y no recuperan el peso perdido. En consecuencia, después de un “estímulo anorexigénico” los ancianos suelen tomar más tiempo que los adultos jóvenes para recuperar el peso perdido, permanecen más tiempo desnutridos y son más susceptibles a las enfermedades subsecuentes, como los procesos infecciosos.

### **Factor Fisiológico**

- Salud bucal: úlceras orales, candidiasis oral, mala dentición
- Gastrointestinales: esofagitis, estenosis esofágica, acalasia, úlcera péptica, gastritis atrófica, estreñimiento, colitis, mal absorción.
- Neurológicas: demencia, enfermedad de Parkinson, enfermedad vascular cerebral.
- Psicológicas: alcoholismo, duelo, depresión
- Endocrinas: distiroidismo, hipoadrenalismo, hiperparatiroidismo
- Otras condiciones médicas: insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, artropatías inflamatorias, infecciones, tumores.
- Sarcopenia: Conforme avanza la edad, hay una pérdida de la masa muscular, en calidad y fuerza. Influyen para ello diversos factores, como disminución en la actividad física, alteración en el estado hormonal, inflamación y disminución en la ingestión proteico-calórica. Citocinas proinflamatorias, como la IL-6, están implicadas en la pérdida de masa muscular, pérdida de la fuerza y discapacidad. Con la edad, la pérdida progresiva de

masa muscular, que puede alcanzar hasta 3 kg de masa magra por década después de los 50 años, se acompaña de aumento progresivo del tejido graso. De esta forma, la sarcopenia y obesidad suelen coexistir en los ancianos.

- Anorexia: En el envejecimiento normal existe reducción del apetito. Se ha reportado una disminución de la ingestión calórica diaria de aproximadamente 30% entre los 20 y 80 años de edad. Gran parte de esta disminución en la ingestión calórica es secundaria a la disminución del gasto energético; sin embargo, en muchos individuos la disminución de la ingestión es mayor que la reducción en el gasto de energía, de forma que se pierde peso corporal.
- Alteración del gusto y olfato: El sentido del gusto y del olfato son importantes para hacer agradable el alimento. El sentido del gusto quizá disminuye conforme avanza la edad en humanos; sin embargo, los resultados en diversos estudios son variables. Después de los 50 años el sentido del olfato disminuye en los humanos, lo que generalmente produce menor interés en el alimento y menos variedad.
- Mecanismos intestinales: Con frecuencia, los ancianos se quejan de saciedad temprana que puede estar relacionada con cambios en la función sensorial gastrointestinal. La edad también se asocia con llenado gástrico más lento y con retraso en el vaciamiento gástrico que pueden, en parte, ser consecuencia de la acción de las hormonas intestinales, como la colecistocinina o la acción del óxido nítrico.
- Mecanismos neuroendocrinos: Entre las alteraciones centrales relacionadas con la anorexia senil se ha propuesto la deficiencia de beta endorfina, galanina y orexinas (hipocretinas). Los mecanismos periféricos propuestos incluyen: aumento de la colecistocinina (relacionada con la saciedad temprana), resistencia a la leptina y a la grelina,



disminución de testosterona y otros andrógenos. Así mismo, el aumento de citocinas, secretadas en respuesta al estrés significativo, como: malignidad, infección, enfermedad crónica severa o el propio envejecimiento se han implicado directamente en la anorexia, sarcopenia y caquexia.

Mantener un peso corporal saludable es importante para la salud de las personas mayores. El sobrepeso o la obesidad están asociados con un mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares y además puede empeorar las condiciones existentes como artritis. Del mismo modo, tener un bajo peso también constituye un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional. (35)

### **Factores Psicosocial**

- Sociales: pobreza, incapacidad para preparar alimentos y para alimentarse, falta de soporte social.
- Fármacos: los que propician náusea o vómito (antibióticos, opioides, digoxina, teofilina, AINES), que contribuyen a la anorexia (antibióticos, digoxina), hipogeusia (metronidazol, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la ECA, metformina), saciedad temprana (anticolinérgicos, simpaticomiméticos), los que afectan la capacidad de alimentarse
- (sedantes, opioides, psicotrópicos), disfagia (suplementos de potasio, AINES, bisfosfonatos, prednisolona), estreñimiento (opioides, suplementos de hierro, diuréticos), diarrea (laxantes, antibióticos), hipermetabolismo (tiroxina, efedrina).

La teoría de **Wiedenbach** ya que se enfoca al arte y ejercicio profesional de enfermería, el cuidar centrándose en las

necesidades del paciente. Esto es lo que se conoce como la “Teoría el arte de cuidar de la enfermería”.

El profesional de enfermería se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor, fortaleciendo el cuidado humanizado en el adulto mayor, el cual requiere de ayuda para obtener un estado de salud adecuado, recibiendo ayuda de algún tipo, como la atención, la enseñanza o consejo y así también contribuir a la formación técnico-profesional de cuidadores formales y e informales.

**Wiedenbach** creía que había cuatro elementos principales para la enfermería clínica. Entre ellos: una filosofía, un propósito, una práctica y el arte. La filosofía de las enfermeras era su actitud y creencias sobre la vida y la forma en que la realidad causaba efecto en ellas. Marcaba que la filosofía es lo que motiva a la enfermera para actuar de cierta manera.

Además caracterizó componentes esenciales asociados con la filosofía de enfermería: la reverencia por la vida, respeto a la dignidad, el valor de autonomía, la individualidad de cada ser humano y la resolución para actuar en personas de manera profesional manteniendo sus creencias. El arte de la enfermería incluye la comprensión de las enfermeras sobre las necesidades e inquietudes de los pacientes, las metas de su desarrollo y las acciones destinadas a la mejora de la capacidad de los mismos dirigiendo las actividades relacionadas con el plan médico para mejorar sus condiciones.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

- **Tamizaje del estado nutricional:** Proceso para identificar a un individuo que presenta malnutrición o riesgo de malnutrición y determinar si se indica una evaluación nutricional detallada.
- **Valoración o evaluación nutricional:** Es el conjunto de procedimientos que permite determinar el estado nutricional de una persona, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y determinar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional.
- **Valoración o evaluación nutricional antropométrica:** Es la determinación de la valoración nutricional de la persona adulta mayor, mediante la toma de peso, medición de la talla y otras medidas antropométricas
- **Envejecimiento:** Es un proceso continuo, universal, irreversible, heterogéneo e individual del ser humano durante todo su ciclo de vida que determina pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, en las personas adultas mayores sanas muchas funciones fisiológicas se mantienen estables, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.
- **Estado nutricional:** Es la situación de salud de la persona adulta mayor como resultado de su nutrición, régimen alimentario, estilo de vida, entre otros factores relacionados al proceso de envejecimiento.
- **Persona adulta mayor (PAM):** Es la persona cuya edad está comprendida desde los 60 años a más en países en desarrollo y de 65 años a más en países desarrolladas.
- **Ficha de Valoración Nutricional:** Es la Ficha de Mini Examen de Valoración Nutricional, instrumento diseñado para determinar el riesgo

de malnutrición en personas adultas mayores, que registra información complementaria sobre situación de salud, uso de medicamentos, movilidad o dependencia, alimentación, entre otras.

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

## 2.4. VARIABLES

**Variable independiente** = Influencia de los factores fisiológicos y psicosociales

**Variable dependiente** = Estado nutricional del adulto mayor

### 2.4.1. Definición conceptual de la variable

Estado nutricional Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

### 2.4.2. Definición operacional de la variable

Conducta desarrollada en las personas en busca de cuidar su salud y asegurar una calidad de vida.

### 2.4.3. Operacionalización de la variable



## CAPÍTULO III: METODOLOGIA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, no experimental, de corte transversal, de nivel aplicativo.

- **No experimental**, porque la investigación se realiza sin manipular las variables. Es decir, se observa el fenómeno tal y como se dan en su contexto natural.
- **Descriptivo correlacional**, porque está dirigido a determinar la relación influencia de las variables.
- **Corte Transversal**, porque estudia las variables simultáneamente, en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizara en el Centro de Salud Ciudad de Dios ubicado en distrito de Yura del departamento de Arequipa, establecimiento que atiende 12 horas diarias, nivel I y categoría 3 presta servicio asistencial intermedios (laboratorio, farmacia, nutrición, psicología y servicio social). Programas preventivo promocionales (PCT, PAI y programa de Zoonosis y enfermedades metaxenicas) y servicio asistencial final (medicina, Enfermería, Obstetricia y Dental) y extramurales (saneamiento ambiental y promoción de la salud).

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1. Población

La población estará conformada por los 115 adultos mayores atendidos en el C.S. Ciudad de Dios.

### **3.3.2. Muestra**

Se trabajara con toda la población es decir los 115 adultos mayores atendidos en el C.S. Ciudad de Dios. Se trabajara con el muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

Adulto mayor de ambos géneros

Adulto mayor entre los 60 a 75 años de edad

Adulto mayor atendido en el C.S. Ciudad de Dios.

Adulto mayor que desee colaborar con el estudio

Criterios de Exclusión

Adulto mayor menor de 60 y mayor de 75 años de edad

Adulto mayor que no desee colaborar con el estudio

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para el presente estudio de investigación se tomara la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario en donde se contemplara presentación, instrucciones datos generales y propios de la variable.

## **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez y confiabilidad del instrumento se dará a través del juicio de expertos conformado por 8 profesionales, expertos en el tema de la investigación.

## **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para iniciar la recolección de los datos del presente estudio de investigación, se realizarán los trámites correspondientes, a través de un oficio de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, dirigido al Jefe del Centro de Salud de Ciudad de Dios.

La recolección de datos se hará según el cronograma establecido. El procesamiento de datos se hará con el uso del programa SPSS 17 en donde se vaciarán los datos a una matriz de datos, posteriormente presentarlo en cuadros y gráficos de barras.



## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, y luego los gráficos, relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base los 115 adultos mayores.

.

**Tabla 1**

Perfil del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

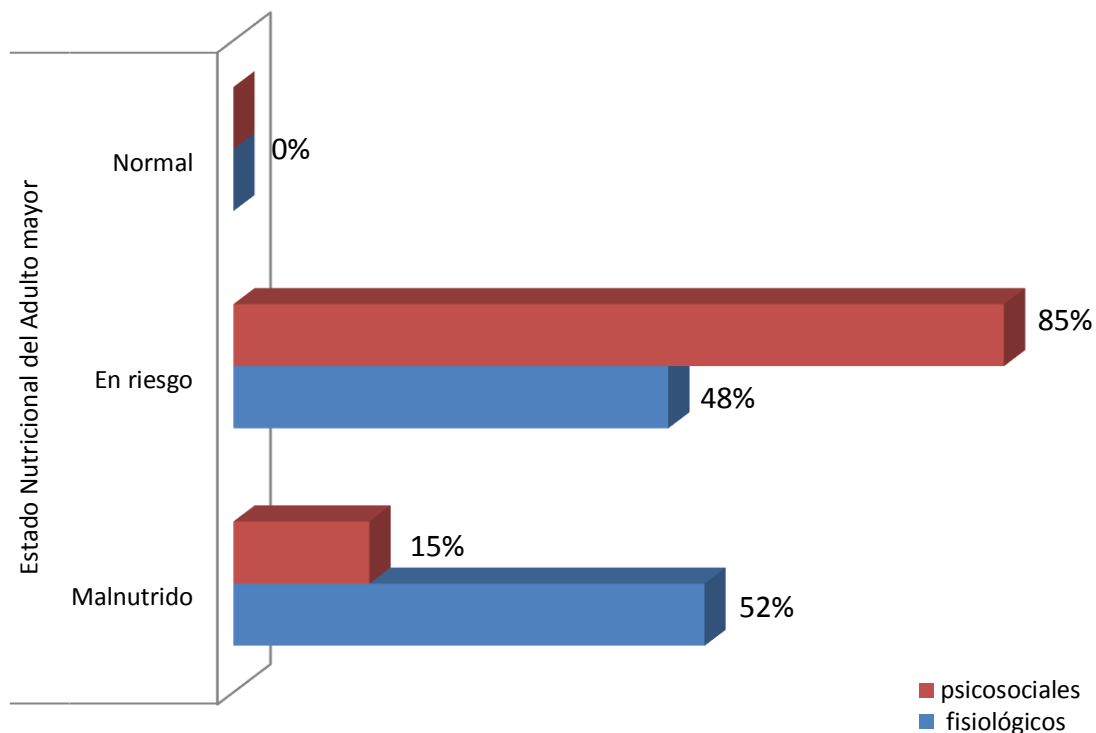
Perfil	Adulto mayor	
	f	%
<b>Edad</b>		
60 a 65	23	20%
66 a 71	33	29%
72 a 75	59	51%
Total	115	100%
<b>Genero</b>		
Femenino	57	49%
Masculino	58	51%
Total	115	100%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	3	3%
Casado	57	49%
Viudo	11	10%
Conviviente	44	38%
Total	115	100%
<b>Grado de Instrucción</b>		
Primaria	44	38%
Secundaria	62	54%
Superior Univ.	9	8%
Total	115	100%
<b>Enfermedad actual</b>		
Diabetes	33	29%
Próstata	53	46%
HTA	29	25%
Total	115	100%

**Fuente:** Encuesta al adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

Del 100% del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, el 51% fluctúan entre las edades de 72 y 75 años, el 51% son de género masculino, el 49% son casados, el 54% tienen estudios de secundaria, y el 46% sufren de próstata.

**Gráfico 1**

Influencia de los factores fisiológicos y psicosociales al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

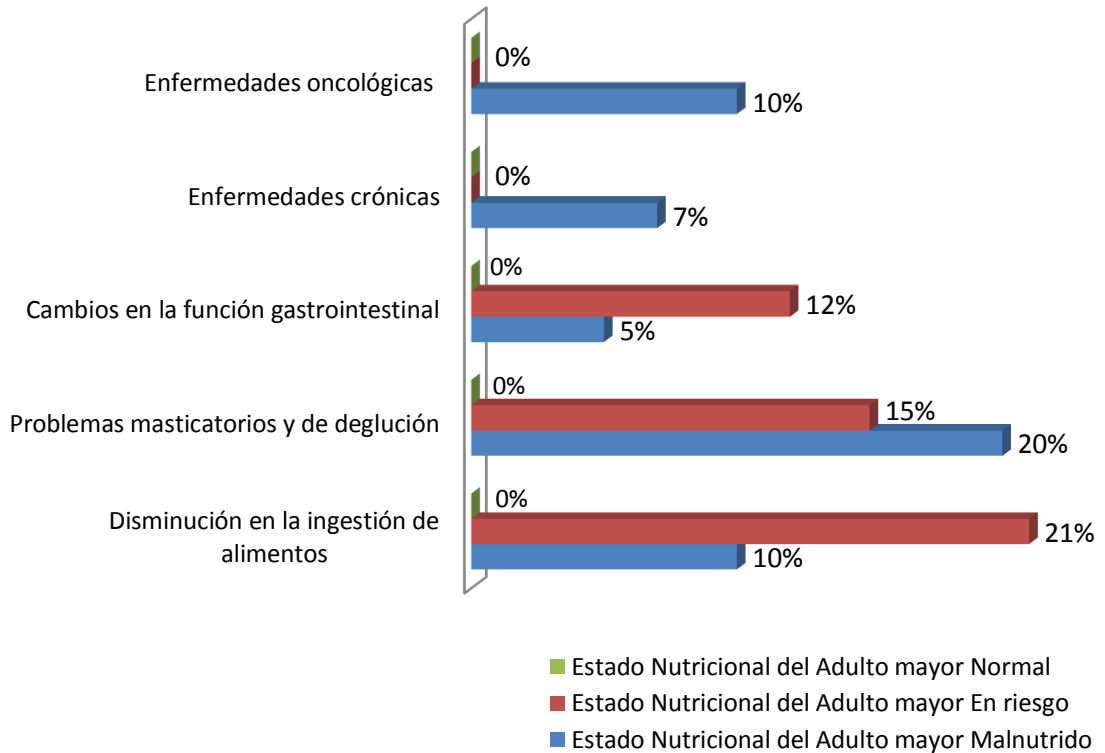


**Fuente:** Encuesta al adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

Se determinó la influencia de ambos factores fisiológico y psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios, en donde el 52% tienen una influencia fisiológica y el 85% se encuentra influenciado por los factores psicosociales sobre todo en la falta de soporte familiar

**Gráfico 2**

Influencia del factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

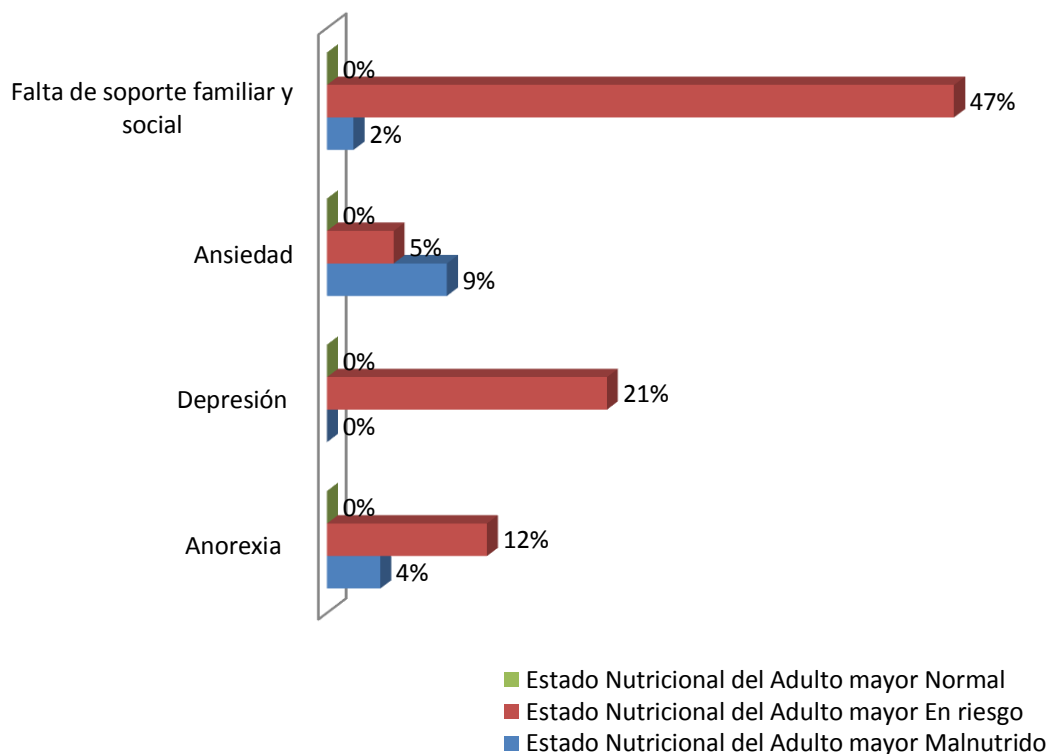


**Fuente:** Encuesta al adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

Se determinó la influencia del factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios, en donde el 21% están en riesgo por la disminución en la ingestión de alimentos, el 20% se encuentra malnutrido por problemas masticatorios y de deglución, el 12% se encuentra en riesgo debido a los cambios en la función gastrointestinal, el 7% se encuentra malnutrido por las enfermedades crónicas, y el 10% malnutrido debido a las enfermedades oncológicas.

**Gráfico 3**

Influencia del factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015



**Fuente:** Encuesta al adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015

Se determinó la influencia del factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios en donde el 12% están en riesgo por la Anorexia, el 21% se encuentra en riesgo por la depresión, el 9% se encuentran malnutridos por la ansiedad, el 47% se encuentran en riesgo debido a la falta de soporte familiar y social

## **CAPÍTULO V: DISCUSION**

El envejecimiento va acompañado por una serie de cambios en el organismo, partiendo de la base que este es diferente de un individuo a otro e incluso en el individuo, de un órgano a otro. (2) Estos cambios hacen al anciano susceptible de presentar problemas nutricionales. (3) Actualmente se reconoce que la nutrición juega un papel importante en el rol del estado de salud; la desnutrición y sobrepeso, están asociadas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. (4,5) Según la OMS la mayoría de enfermedades crónicas aparecen en este periodo de la vida, sin embargo este grupo ha recibido relativamente poca atención en cuanto a prevención primaria. (6)

Es un proceso fisiológico de cambios sufridos por el individuo que empieza desde el momento mismo de el nacimiento, ocurre de forma diferente en cada persona e incluye modificaciones orgánicas, sistémicas, funcionales (a nivel físico y cognitivo) y psicológicas, enmarcadas por el estilo de vida, las condiciones ambientales y sociales, y, en gran medida, las tendencias alimentarias a lo largo de la vida. (21)

El envejecimiento es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares, celulares, fisiológicos y psicológicos. Los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente y en parte se deben a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida. Los cambios del proceso de envejecimiento afectan de manera diferente a las personas: unas permanecen sanas siempre que su estado de nutrición sea bueno; sin embargo, una proporción creciente de otras personas se vuelven frágiles, con disminución de la función visual, incremento de las alteraciones cognoscitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, que pueden reducir sus posibilidades de adquirir y preparar comida. Igualmente, la menor actividad física, los problemas bucodentales, los trastornos digestivos, la disminución de la sensación de sed y cambios en el estado de ánimo, pueden conducirlos a la disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. Todo ello puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes. Igualmente, los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que también contribuye a que los requerimientos de energía sean menores y al mismo tiempo se incrementen las necesidades de algunas vitaminas y minerales. (22)

El estado nutricional es un componente integral de la salud, que favorece la independencia y calidad de vida. Existen muchos factores que contribuyen a la malnutrición de los adultos mayores: sociales, psicológicos y biológicos. (7,8)

Estos problemas de desnutrición y sobrepeso u obesidad en los adultos mayores son muy comunes.

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer

malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, polifarmacia, depresión, entre otros.

La desnutrición, el sobrepeso y la obesidad se asocian a un mayor riesgo de morbimortalidad, mayores tasas de infección, aumento del número de caídas y fracturas, estancias hospitalarias más prolongadas, así como, empeoramiento de las enfermedades agudas o crónicas subyacentes y un deterioro general de la calidad de vida (15). La valoración del estado nutricional en el adulto mayor, así como la determinación de la malnutrición en sí, no posee estándares diagnósticos, lo que hace variable la información sobre su prevalencia ya que dependerá del método utilizado para la evaluación así como la población referida. El índice de masa corporal (IMC) determina desnutrición, sobrepeso y obesidad. (16)



## CONCLUSIONES

1. Del 100% del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, la mayoría fluctúan entre las edades de 72 y 75 años, predomina el género masculino, son casados, el tienen estudios de secundaria, y sufren de próstata.
2. Se determinó la influencia de ambos factores fisiológico y psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios, en el factor psicológico con mayor predominio debido principalmente por la falta de soporte familiar
3. Se determinó la influencia del factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios, en donde predomina el riesgo a una malnutrición por la disminución en la ingestión de alimentos, a los cambios en la función gastrointestinal, y malnutridos debido a los problemas masticatorios y de deglución, enfermedades crónicas, y a las enfermedades oncológicas.
4. Se determinó la influencia del factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios en donde el están en riesgo a una malnutrición por la Anorexia, depresión, falta de soporte familiar y malnutridos por la ansiedad.

## RECOMENDACIONES

1. Implementar dentro de los protocolos de evaluación integral al adulto mayor, una evaluación nutricional completa, no basándose únicamente en una sola medida antropométrica.
2. Realizar evaluaciones al adulto mayor con malnutrición, o poblaciones en riesgo, especialmente en personas con extrema precariedad o personas con discapacidad cognitiva.
3. Se recomienda educar al personal de salud donde asisten los adultos mayores sobre la importancia de hacer una evaluación del estado nutricional en adultos mayores, dada la importancia del envejecimiento en la población
4. Determinar las enfermedades neuropsicológicas que afectan a los adultos mayores y relacionarlas con el estado nutricional.
5. Promover la actividad física en los adultos mayores, con la finalidad de aumentar la masa muscular y promover un buen estado nutricional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marín Larraín Pedro Paulo. Evaluación del estado nutricional en el anciano. Chile. 2000. Visitado el 12-07-2014. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/nutricion.pdf>
2. Genua M, Nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano. MATIA Fundazioa (España), 2001. Disponible en: [www.matiaf.net/profesionales/articulos](http://www.matiaf.net/profesionales/articulos)
3. Litago G, Actividades preventivas en los mayores: Desnutrición en el Anciano. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):93-101. Disponible en URL: <http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2005/10-expertos-mayores.pdf>
4. Foster A, Gariballa S. Age as determinant of nutritional status: A cross sectional study. Nutritional Journal 2005 UK: 4-28. Disponible en URL: <http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-4-28.pdf>
5. Kumar R, Inbach A, Moore C. et al. Nutrition of the Elderly. CANMED ASSOC J (Cánada)199 1; 145 (II)
6. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS; 2003 (Serie de Informes Técnicos: 916). Disponible en URL: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf)
7. Loreck, E, Chimankurthi, R, Steinle, N. Nutritional Assesment of the Geriatric Patient: A Comprehensive Approach Toward Evaluating and Managing Nutrition. American Geriatrics Society. 2012; 20 (Supl 1):13-22. Disponible en URL: <http://www.clinicalgeriatrics.com/articles/Nutritional-Assessment-Geriatric-Patient-Comprehensive-Approach-Toward-Evaluatingand-Manag>
8. Gariballa S. Nutrition and older people: special consideration relating to nutrition and ageing. Clin Med 2004;4:411–4. Disponible en: <http://docserver.ingentaconnect.com>

9. La nutrición del anciano como un problema de Salud Pública. Visitado: 27-06-15. Disponible en: <http://www.didac.ehu.es/antropo/16/16-6/BernalOrozco.pdf>
10. Chapman IM. Nutritional disorders in the elderly. *Med Clin N Am.* 2006; 90: 887-907
11. Yitshal N. Enteral nutrition in geriatric patients. *Mediterr J Nutr Metab.* 2009; 1 (3):141–144.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor informe técnico: Octubre-Noviembre-Diciembre 2012. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013.
13. Álvarez D, Sánchez J, Gómez G, Tarqui C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2012; 29(3):303-13.
14. Shanthi J. Nutrition in aging. En: Howard F. Brocklehursts Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Seventh Edition. Philadelphia: Saunders; 2010.p. 678-689.
15. Mila R, Formiga F, Duran P, Abellano R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Med Clin (Barc).* 2012; 139(11): 502-508.
16. Ortiz P. Nutrición. En: Varela L. Principios de Geriátrica y Gerontología. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p 501-511
17. Gonzalez Gonzalez Jennifer Lyrn. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca Romana. Pontificia Universidad Javeriana. 2011. Visitado el 14-11-2014. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>
18. Andrade Trujillo Catherine Alexandra. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011. Riomba-Ecuador. Visitado el 04-

- 11-2014. Disponible en:  
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1467/1/34T00245.pdf>
19. Pérez Agüero, Carolina Yanina. Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los Servicios de Medicina del Hospital Militar Central. Lima, Perú. 2012. Visitado el 13-11-2014. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=707818&indexSearch=ID>
  20. Velasquez Calderon, Rosario .Estado nutricional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor que asiste al programa de hipertensión y diabetes del Hospital III Yanahuara, EsSalud, Arequipa 2014. Visitado el 13-11-2014. Disponible en: Biblioteca de la Universidad Alas Peruanas.
  21. Anónimo. Fundamento de una terapia médica integral. Bogotá Colombia. 2010.
  22. MINSA Ministerio de Salud. Nutrición por etapa de vida. Perú. 2007. Visitado el 19.11.2014. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/adulto\\_mayor.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/adulto_mayor.asp)
  23. D'hyver, Carlos, Gutierrez Robledo Luis Miguel. Geriátría. 2da ed. México: Manual Moderno S.A. de C.V.; 2009
  24. Alan m/ ronald d. "clínicas de medicina geriátrica". Interamericana. Mcgraw hill. Philadelphia usa; 1994.
  25. Gutierrez Robledo Luis Miguel, Picardi Marassa Pablo. Aguilar, Navarro. Avila Funes Sara Gloria, Menendez Jimenez José Alberto, Perez Lizaur Jesús. Gerontología y Nutrición del Adulto Mayor. México: Editorial McGraw Hill; 2010.
  26. MINSA (2006). Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú – 2004. Lima: Ministerio de Salud, 41 p.
  27. Harris D, Haboubi N. Malnutrition screening in the elderly population. J R Soc Med (Inglaterra) 2005;98:411–414. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1199636/pdf/00980411.pdf>

28. Instituto Nacional de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Perú. 2012. Visitado el 07-11-2014. Disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/doc\\_tec\\_norm/Gu%C3%ADa%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/doc_tec_norm/Gu%C3%ADa%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf)
29. Chumlea Cameron, Guo Shumei S, Steinbaugh Maria L. Prediction of estature From knee height for black and wite adultes and children with application to mobility- impaired or handicapped persons. Journal of the American dietetic Association. 1994; Vol 94 (12).
30. Shamah-Levy T, Cuevas L, Mundo V, Morales C, et al. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística. Salud Pública Mex 2008; 50: 383-389.Disponible en URL: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n5/a11v50n5.pdf>
31. Polit Y B. Hungler Investigación Científica en Ciencias de la Salud 4ta edición. Edit. Interamericana S.A de C.V. México 1994 .Pag.37-42.
32. Davis. Mona. 1994. “el paciente componente en el proceso de cuidados de salud” en clínicas de enfermería de EE.UU.Ed interamericana. 147.
33. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Parte I: Módulos de Valoración clínica, Módulo 5, Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf>
34. López P, Rodríguez M, Vidal J, López I, et al. Evaluación nutricional y calidad de vida de la tercera edad de Ribadeo (Galicia), propuesta de un protocolo de intervención. Cad Aten Primaria (España) 2010;17: 243-248.

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** “Influencia de los factores fisiológicos y psicosociales al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><b>Problema general</b> ¿Cómo influyen los factores fisiológicos y psicosociales al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cómo influye el factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015?</p> <p>¿Cómo influye el factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la influencia de los factores fisiológicos y psicosociales al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Establecer la influencia del factor fisiológico al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015</p> <p>Establecer la influencia del factor psicosocial al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015</p>	<p><b>H<sub>1</sub></b> = Los factores fisiológicos y psicosociales influyen al estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015</p> <p><b>H<sub>0</sub></b> = El estado nutricional del adulto mayor no es influenciado por lo factores fisiológicos y psicosociales tendido en el Centro de Salud Ciudad de Dios. Yura - Arequipa, 2015</p>	<p><b>Variable independiente</b> = Influencia de los factores fisiológicos y psicosociales</p> <p><b>Variable dependiente</b> = Estado nutricional del adulto mayor</p>



VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES
Factores Fisiológicos Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fisiológicos</li>   <li>▪ Psicosociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disminución en la ingestión de alimentos,</li> <li>▪ Problemas masticatorios y de deglución,</li> <li>▪ Cambios en la función gastrointestinal</li> <li>▪ Enfermedades crónicas, oncológicas y no oncológicas</li>   <li>▪ Anorexia</li> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Ansiedad</li> <li>▪ soporte familiar y social</li> </ul>
Estado nutricional del adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IMC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desnutrido</li> <li>▪ Sobrepeso</li> <li>▪ Obesidad</li> </ul>

TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, no experimental, de corte transversal, de nivel aplicativo.</p> <p><b>No experimental</b>, porque la investigación se realiza sin manipular las variables. Es decir, se observa el fenómeno tal y como se dan en su contexto natural.</p> <p><b>Descriptivo correlacional</b>, porque está dirigido a determinar la relación de influencia de las variables.</p> <p><b>Corte Transversal</b>, porque estudia las variables simultáneamente, en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.</p>	<p><b>Población</b> La población estará conformada por los 115 adultos mayores atendidos en el C.S. Ciudad de Dios.</p> <p><b>Muestra</b> Se trabajará con toda la población es decir los 115 adultos mayores atendidos en el C.S. Ciudad de Dios. Se trabajará con el muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p>Criterios de inclusión Adulto mayor de ambos géneros Adulto mayor entre los 60 a 70 años de edad Adulto mayor atendido en el C.S. Ciudad de Dios. Adulto mayor que desee colaborar con el estudio</p> <p>Criterios de Exclusión Adulto mayor menor de 60 y mayor de 70 años de edad Adulto mayor que no desee colaborar con el estudio</p>	<p>Para el presente estudio de investigación se tomará la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario en donde se contemplará presentación, instrucciones, datos generales y propios de la variable.</p>	<p>La validez y confiabilidad del instrumento se dará a través del juicio de expertos conformado por 8 profesionales, expertos en el tema de la investigación.</p> <p>Para iniciar la recolección de los datos del presente estudio de investigación, se realizarán los trámites correspondientes, a través de un oficio de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, dirigido al Jefe del Centro de Salud de Ciudad de Dios.</p> <p>La recolección de datos se hará según el cronograma establecido. El procesamiento de datos se hará con el uso del programa SPSS 17 en donde se vaciarán los datos a una matriz de datos, posteriormente presentarlo en cuadros y gráficos de barras.</p>

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Instrumento**

**INDICACIONES:**

Lea determinadamente cada enunciado y luego marque con un aspa (x) la respuesta, en algunos casos completar.

1. Edad: .....
2. Género: Femenino ( ) Masculino ( )
3. Estado civil: soltero(a) ( ) casado(a) ( ) conviviente ( ) viudo (a) ( )
4. IMC: .....
5. Peso: .....
6. Talla: .....
7. Enfermedad que sufre

**II.MARCAR CON UAN ASPA (X):**

Nº	Ítems	SI	NO
1	Usted tiene alguna enfermedad que le ha hecho cambiar el tipo de comida y la cantidad de alimento que consume		
2	Come menos de dos comidas al día		
3	Come pocas frutas, vegetales o productos de leche		
4	Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días		
5	Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificulten el comer		
6	No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita		
7	Come solo la mayor parte de veces		
8	Toma al día tres o más medicinas diferentes, recetadas o sin receta.		
9	Ha perdido o ganado, sin querer, 5 kg, en los seis últimos meses		
10	Físicamente no puede ir de comprar, cocinar o alimentarse		

## MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

<p><b>P</b> En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?</p> <p>0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Cuántas comidas completas toma al día?</b></p> <p>0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>									
<p><b>Q</b> Circunferencia braquial (CB en cm)</p> <p>0.0 = CB &lt; 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB &gt; 22</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Consumo el paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• productos lácteos al menos una vez al día?      sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> <li>• huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?      sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> <li>• carne, pescado o aves, diariamente?      sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> </ul>									
<p><b>R</b> Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)</p> <p>0 = CP &lt; 31 1 = CP ≥ 31</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p><b>Evaluación del estado nutricional</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">De 24 a 30 puntos</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;">estado nutricional normal</td> </tr> <tr> <td>De 17 a 23.5 puntos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>riesgo de malnutrición</td> </tr> <tr> <td>Menos de 17 puntos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>malnutrición</td> </tr> </table> </div>	De 24 a 30 puntos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal	De 17 a 23.5 puntos	<input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición	Menos de 17 puntos	<input type="checkbox"/>	malnutrición
De 24 a 30 puntos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal								
De 17 a 23.5 puntos	<input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición								
Menos de 17 puntos	<input type="checkbox"/>	malnutrición								
<p>Evaluación (máx. 16 puntos)      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cribaje      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación global (máx. 30 puntos)      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>M</b> Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)</p> <p>0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>									
<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p><b>E</b> Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> </div>	<p><b>N</b> Forma de alimentarse</p> <p>0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>									
<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p><b>F</b> Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)</p> <p>0 = IMC &lt; 19 1 = 19 ≤ IMC &lt; 21 2 = 21 ≤ IMC &lt; 23, 3 = IMC ≥ 23,</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> </div>	<p><b>O</b> Se considera el paciente que está bien nutrido?</p> <p>0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>									
<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p><b>Evaluación del cribaje</b> (subtotal máx. 14 puntos)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12-14 puntos:      estado nutricional normal 8-11 puntos:      riesgo de malnutrición 0-7 puntos:      malnutrición</p> <p>Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R</p> </div>	<div style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>Evaluación</b></p> </div> <p><b>G</b> El paciente vive independiente en su domicilio?</p> <p>1 = sí    0 = no</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p><b>H</b> Toma más de 3 medicamentos al día?</p> <p>0 = sí    1 = no</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p><b>I</b> Úlceras o lesiones cutáneas?</p> <p>0 = sí    1 = no</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>									