



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ESTADO
NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO MOQUEGUA 2013**

PRESENTADA POR

BACH. NANCY MARUJA VELASQUEZ FLORES

ASESORA

MGR. INES IDALIA CORDOVA LOAYZA

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

MOQUEGUA – PERU

2017

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE GRAFICOS	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPITULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	1
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.	1
1.2. Definición del problema.....	2
1.3. Objetivo de la investigación.....	2
1.4. Justificación y Limitaciones de la investigación.....	2
1.5. Variables	4
1.6. Hipótesis.....	5
CAPITULO II	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes del estudio.....	6
2.2. Bases teóricas	8
2.3. Marco Conceptual	17
CAPITULO III.....	20

MÉTODO.....	20
3.1. -Tipo de investigación.....	20
3.2.- Diseño de investigación.....	20
3.3. -Población y muestra.....	20
3.4. -Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
3.5. Técnicas de Procesamiento y análisis de datos.....	25
CAPITULO IV.....	26
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	26
4.1. Presentación de Resultados por variables.....	26
4.2.- Contratación de hipótesis.....	44
4.3. Discusión de Resultados.....	47
CAPITULO V.....	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
5.1. CONCLUSIONES.....	54
5.2. RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.- DISTRIBUCION DE LA EDAD SEGUN SEXO EN EDULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO-MOQUEGUA 2013.....	26
TABLA 2.-EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE ESTADO CIVIL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO-MOQUEGUA 2013.....	28
TABLA 3.- EVALUACIONVALUACION DEL INDICADOR DE SITUACION LABORAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	30
TABLA 4.- EVALUACION DEL INDICADOR DE TIPO DE FAMILIA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	32
TABLA 5.- EVALUACION DEL INDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN EDAD EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	34
TABLA 6.-EVALUACION EVALUACION DEL INDICADOR DE DESNUTRICION SEGÚN FRECUENCIA DE COMIDAS EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO-MOQUEGUA 2013.....	36
TABLA 7.- EVALUACION DEL INDICADOR DE DESNUTRICION SEGÚN LA PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES	

ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013.....	38
TABLA 8.- EVALUACION DEL INDICADOR DE DESNUTRICION SEGÚN EL TIPO DE AYUDA QUE NECESITA PARA ALIMENTARSE EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	40
TABLA 9.- EVALUACION DEL INDICADOR DE DESNUTRICION SEGÚN LA VALORACION QUE SI VIVEN SOLOS O NO, EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013.....	42

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1.- DISTRIBUCION POR EDAD EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013.....	27
GRAFICO 2.- EVALUACION DEL INDICADOR DE ESTADO CIVIL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	29
GRAFICO 3.- EVALUACION DEL INDICADOR DE SITUACION LABORAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	31
GRAFICO 4.- EVALUACION DEL INDICADOR DE SITUACION LABORAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	33
GRAFICO 5.- EVALUACION DEL INDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN EDAD EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	35
GRAFICO 6.- EVALUACION DEL INDICADOR DE DESNUTICION SEGÚN FRECUENCIA DE COMIDAS EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013.....	37
GRAFICO 7.- EVALUACION DEL INDICADOR DE DESNUTRICION SEGÚN LA PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013.....	39

GRAFICO 8.- EVALUACION DEL INDICADOR DE DESNUTRICION SEGÚN EL TIPO DE AYUDA QUE NECESITA PARA ALIMENTARSE EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013	41
GRAFICO 9.- EVALUACION DEL INDICADOR DE DESNUTRICION SEGÚN LA VALORACION QUE SI VIVEN SOLOS O NO, EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013.....	43

RESUMEN

Objetivos; Determinar los factores relacionados con el estado nutricional en adultos mayores que se atendieron en el Centro de Salud de San Antonio Moquegua 2013. **La metodología.** Se trabajó con una población equivalente a 259 adultos mayores a los 65 años, que asisten al Centro de Salud de San Antonio Moquegua para sus atenciones de salud en el Programa del Adulto Mayor, se utilizó el instrumento validado para poder determinar el estado nutricional mediante la aplicación del cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA). **Resultados.** Podemos mencionar que en los 259 adultos mayores evaluados revelan que el 3.9% presenta el IMC<19 - Delgadez tipo I, el 10.4% un IMC 19<21 – Delgadez Tipo II, el 13 % un IMC 21<23 – Delgadez Tipo III, y el 73.7% un IMC >23 – Normal. **Conclusiones.** Si existe una relación entre la edad y el IMC. Si existe relación entre la frecuencia de alimentos realizadas por los adultos mayores y el estado nutricional. Si existe relación entre la presencia de enfermedades con el estado nutricional del adulto mayor. Si existe relación entre el tipo de ayuda que necesita para alimentarse con el estado nutricional de los adultos mayor a 65 años de edad. Los pacientes que viven solos no tienen influencia en el indicador de desnutrición.

Palabras Clave: Estado nutricional. Factores Biologicos. Factores socioeconómicos
Adulto Mayor

ABSTRACT

Objectives; to determine factors related to nutritional status in older adults who were cared for at the San Antonio Moquegua Health Center 2013. The methodology. We worked with a population equivalent to 259 adults over 65, who attend the San Antonio Moquegua Health Center for their health care in the Senior Adult Program, we used a validated instrument to determine the nutritional status through the application Of the Mini Nutritional Assessment (MNA) questionnaire. Results. We can mention that in the 259 older adults evaluated, 3.9% had BMI <19 - Type I thinness, 10.4% had a BMI 19 <21 - Type II thinness, 13% had a BMI 21 <23 - Type III thinness, and 73.7% had a BMI > 23 - Normal. Conclusions. If there is a relationship between age and BMI. If there is a relationship between the frequencies of food made by the elderly and the nutritional status. If there is a relationship between the presence of diseases and the nutritional status of the elderly. If there is a relationship between the types of help you need to feed on the nutritional status of adults over 65 years of age. Patients living alone have no influence on the indicator of malnutrition.

Palabras Clave: Nutritional status. Biological Factors. Socioeconomic factors Elderly.

INTRODUCCIÓN

Es un proceso que inicia desde el nacimiento hasta llegar al deterioro de la persona donde se involucra las diferentes transformaciones que sufre el ser humano hasta llegar a la ancianidad, esto hace que sea vulnerable con riesgos de sufrir el deterioro nutricional. La baja o disminución en los sentidos del paladar, olfato, la pérdida de apetito ya sea por factores psicosociales, desórdenes alimenticios, la presencia de los males propios del adulto, puede considerarse como factor de riesgo.

Lo fundamental de esta investigación es la evaluación del cómo se encuentra actualmente los niveles de nutrición en esta etapa como es el caso del adulto mayor, precisando la dificultad en cuanto a nutrición como problema de salud, descubriendo y analizando la presencia de algún factor de riesgo para poder dar solución apropiada y poder mejorar la calidad de vida que se merece en esta etapa de vida.

Pero en la actualidad desconocemos sobre la población exacta que habitan en los lugares de la parte alta y de centros poblados, donde sabemos que cerca de la mitad de la población padecen de desnutrición en las diferentes etapas de vida. Pues es de este modo que esta investigación es un granito de arena que contribuye a describir en forma detallada la realidad en cuanto a nutrición propiamente dicha en esta etapa como es en el caso del adulto mayor.

CAPITULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.

Este problema de nutrición nos demuestra cual es la situación de una persona en cuanto a alimentación, donde asumimos que nosotros los seres humanos tenemos necesidades nutricionales muy importantes en nuestra vida cotidiana al mismo tiempo en este sentido se deben de satisfacer, el estado nutricional normal lo alcanzamos cuando contamos con lo principal que son los alimentos adecuados con todos requerimientos necesarios para una buena salud.

La mala alimentación en el ser humano puede causar diferentes efectos como la desnutrición, donde puede correr el riesgo de desarrollar enfermedades nutricionales acompañado de una diversidad de cambios en nuestro organismo tanto físico, biosociológicos, que alteran la actividad física de los individuos así como sus hábitos, las conductas alimenticias y las relaciones en la sociedad.
(Rodríguez, 2008)

1.2. Definición del problema

¿Cuáles son los factores relacionados al estado nutricional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Antonio. Moquegua. 2013?

1.3. Objetivo de la investigación

1.1.1. Objetivo general

¿Cuáles son los factores relacionados al estado nutricional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Antonio. Moquegua. 2013?

1.1.2. Objetivo específico

- Determinar si la edad, sexo femenino y masculino, el tipo y frecuencia de alimentación, enfermedad, movilidad están relacionados al estado nutricional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Antonio. Moquegua 2013.
- Determinar si los factores socioeconómicos como estado civil, estructura familiar, situación laboral, ingresos económicos están relacionados al estado nutricional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Antonio. Moquegua 2013.

1.4. Justificación y Limitaciones de la investigación

La presente investigación se desarrollara con la finalidad de conocer que factores se asocian a la mala nutrición de los adultos mayores, así mismo conocer el impacto de una inadecuada alimentación va en el declive progresivo de la salud, afectando el estado funcional.

Esta investigación aportara datos útiles a las personas para su adecuada alimentación como el consumo de vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas.

También beneficiará a los adultos mayores familia y comunidad, por lo que el Centro Poblado de San Antonio de la ciudad de Moquegua se colocara en la posición como uno de los poblados amistosos con los adultos mayores que están acordes con desarrollar los lineamientos de la OMS y objetivos del Milenio como el mejor las condiciones de calidad de vida de las personas más vulnerable entre ellos los adultos mayores.

Para los profesionales de enfermería esta investigación va a ser útil porque contribuirá con muchos conocimientos de los estilo de vida y en qué situación nutricional se encuentran los adultos mayores y así del punto de vista educativa, y de rehabilitación, fortaleceremos un rol de liderazgo, permitiendo al profesional de enfermería la implementación de los programas preventivos-promocionales y fortalecer un estado de nutrición adecuado para los adultos mayores

Inclusión

- Adulto mayor que haya firmado su consentimiento informado para colaborar con la investigación.
- Persona más de 65 años hombres y mujeres, que colabore en la toma de medidas como el peso y la talla.
- Adulto Mayor de 65 años con facultades mentales y físicas.

Exclusión

- No vivir en el sector o estén de pasada en el lugar.
- No desea o no está de acuerdo en brindar la información solicitada.
- Algunas personas tienen problemas de memoria y no recordar bien las cosas por ejemplo que comen.
- Personas con discapacidad o en silla de ruedas

1.5. Variables

1.6.1. Operacionalización de variable

VARIABLE	DIMENSION	SUBMEDICION	ESCALA
FACTORES RELACIONADOS	BIOLOGICOS		
	Edad	Años	Razón
	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
	Alimentación	Frecuencia de alimentos ❖ Una vez al día ❖ Dos veces al día ❖ Tres veces al día	Ordinal
		Tipo de comidas ❖ Productos lácteos ❖ Menstras ❖ Frutas y verduras ❖ Bebe líquidos	Nominal
	Enfermedad	➤ Enf. Neuropsicológicas. ➤ Enf. Dermatológicas. ➤ Enf. Digestivas.	Nominal
	Movilidad	➤ Está en la cama o silla. ➤ Se levanta por sí solo. ➤ Sale por sí mismo.	Ordinal
SOCIECONOMICOS			

	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solteros. ➤ Convivientes. ➤ Casados. ➤ Viudos. ➤ Divorciados. 	Nominal
	Tipo de ayuda para su alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No es capaz de comer solo. ➤ Su alimentación es dificultoso. ➤ Se alimentan solos. 	Ordinal
	Estructura familiar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Multifamiliar. ➤ Nuclear o unifamiliar. ➤ Vive solo. 	Nominal
	Situación laboral	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabajo estable ➤ Eventual ➤ Ama de casa ➤ Sin ocupación 	Nominal
ESTADO NUTRICIONAL	GRADO DE DESNUTRICION	P/Talla(2)	Ordinal
	No tiene desnutrición	Más de 23 puntos	
	Riesgo de desnutrición	De 19 a 23 Puntos	
	Con desnutrición	Menos de 19 puntos	

1.6. Hipótesis

Los factores de Riesgo biológicos y socioeconómicos están relacionados al estado nutricional en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Antonio. Moquegua 2013.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Noriega “Factores que determinan el estado nutricional deficitario del adulto mayor institucionalizado” (2010). Guatemala, en la investigación Concluye; Que en la investigación realizada en un estudio transversal que se realizó en el adulto mayor del Hogar y Centro Ocupacional San Vicente de Paúl, Ciudad de Guatemala utilizando la información de 95 individuos donde lo que se encontró que prevalece una desnutrición de 10.5% y un riesgo de desnutrición con 56.8% en los adultos mayores institucionalizados.

Jiménez “Estado nutricional de la población mayor de Cataluña de diferentes niveles asistenciales” (2009) España Concluye; Que prevalece el estado nutricional de un total de muestra según las categorías de la MNA fue del 22,6% de desnutridos, el 35,4 % de riesgo de desnutrición y el 42% de bien nutridos. Los antecedentes más frecuentes fueron la hipertensión (56,8%), las enfermedades articulares (35,4%) y cardiovasculares (36,6%) y los motivos más

frecuentes por los que acudían al centro asistencial fueron el accidente vascular cerebral (16,6%), la neoplasia (10,8%) y el control de la patología crónica en los sujetos que acudían al centro del salud (24,3%) posible riesgo de desnutrición.

De la Montaña “Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. (2009) Venezuela Concluye; Que el 70% de la población no presenta un estado nutricional adecuado (el 57,5% está en situación de riesgo de desnutrición y el 12,5% están desnutridos) y esta situación empeora entre la población femenina, encontrándose los porcentajes más altos entre las personas de 65 a 70 años y los mayores de 81 años, entre los que además están la mayoría de los desnutridos.

Encaladat. “Prevalencia y factores asociados malnutrición en adultos mayores institucionalizados” (2007) Ecuador. Concluye; Que la prevalencia de la malnutrición fue de un 63% en adultos mayores institucionalizados, 46% por déficit y 17% por exceso. La edad que presentó mayor prevalencia de malnutrición fue el grupo de 65 a 74 años con un 29.8%, el sexo femenino tuvo una prevalencia de malnutrición de 77.2%, mientras que el grupo de los solteros presentó una prevalencia de 65.8%.

Jiménez, “Estado nutricional de la población mayor de Cataluña de diferentes niveles asistenciales”. (2009) Cataluña. Concluye; Que el total de la muestra fue de 398 individuos. De éstos 184 eran hombres (46,2%) y 214 mujeres (53,8%), con una media de edad de 77 años. Y al realizar el test del MNA detectó a 246 (61,8%) usuarios en posible riesgo de desnutrición. La prevalencia del estado

nutricional del total de la muestra según las categorías de la MNA fue del 22,6% de desnutridos, el 35,4 % de riesgo de desnutrición y el 42% de bien nutridos.

López. “Estado nutricional en el adulto mayor institucionalizado del estado de colima mediante la mini valoración nutricional e indicadores séricos” (2007). Colima. Concluye; Que de 45 adultos mayores estudiados son: 23 varones de los cuales 15 tienen desnutrición y 22 mujeres de los cuales 10 tienen desnutrición. El instrumento utilizado para la clasificación del estado de nutrición es útil, de ejecución rápida y de bajo costo. De acuerdo a los resultados del estudio, el panorama general de los adultos mayores institucionalizado de los cuatro asilos evaluados, no es alentador, pues la tendencia es hacia la desnutrición en el corto y mediano plazo, si no se realiza una intervención nutricional oportuna, la prevalencia es del 55% en riesgo de desnutrición.

Madrid. “Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores”. (2005) Caracas. Concluyen: Que en la evaluación de un grupo de 80 adultos mayores procedentes de un geriátrico de la ciudad de Valencia. En dicho estudio el 39,7% mostró riesgo de desnutrición, al presentar déficit en al menos un indicador, y 25% fue considerado desnutrido, al presentar dos ó más signos con deficiencia. Estos resultados evidenciaban un riesgo nutricional alto en el grupo estudiado por alteración de los indicadores antropométricos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. QUE ES EL ESTADO NUTRICIONAL

Es una situación de salud y bienestar que determina la alimentación de las persona. Asumimos que en nosotros existe la necesidad nutricional concreta y que estas pueden satisfacer, tal es así que un buen estado nutricional se logra cuando lo que se requiere tanto fisiológico, bioquímico y metabólico están adecuados al consumo de micronutrientes que encontramos en los alimentos.

2.2.2.-ESTADO DE NUTRICION EN EL ADULTO MAYOR

El estado nutricional está determinado por diferentes factores que pueden ser, sociales, económicos, funcional, mental, psicológico y biológico. Siendo así que en la evaluación del adulto mayor puede ser incluido todo sobre esta dimensión. Debe de permitir manejar, con el objeto de poder ayudar a comprender todas las carencias para plantear medidas preventivas y evaluar su eficacia. (Albala C, 1999)

Las medidas antropométricas más usadas para el adulto son: peso, talla, pliegues como es el caso del índice de Quetelet (peso en Kg. /talla² en m²) o (IMC).(OPS, 2003).

La necesidad de consumir alimento el adulto mayor no existe diferencia considerable con los más jóvenes. Si se comparamos las necesidades de energía de personas de 18 y 65 años de edad y los de 65 años, no supera las 500 Kcal, a como en el caso de los más jóvenes; lo cual se adapta para cumplir con lo debido por los cambios debido al desgaste que realiza día a día por la calidad de vida que tiene por su edad. (Sedó, 2010)

2.2.3.- VALORACION DE LA SITUACION NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

La valoración del estado nutricional puede realizarse con la medida de indicadores de alimentación y se relaciona con la salud, para poder reconocer posibles incidentes, origen y dimensión de las modificaciones del estado nutricional, los cuales pueden ir de la carencia a mayor magnitud. (Willet, 1998)

Tiene habitualmente dos componentes:

- Examen físico.
- Medidas antropométricas.

De los elementos anteriores ninguno es define ya que el uno sin el otro no nos facilitaría una buen diagnóstico de la circunstancia en que se ubica la persona. (Genua, 2001)

- 1) **Examen físico.-** Observamos y percibimos cualidades antropométricas, funcional y nutricional de los adultos mayores, patologías o tratamiento quirúrgico.
- 2) **Medidas antropométricas**

Estos son por lo general poco confiables, primero por la fase de modificación entre personas adultas sanas (65 a mas) y luego por las variaciones en los compartimientos anatómicos causados por el paso de los años.

Pesaje y Tallado de la persona

Tienden a aumentar incluso de 40 a 50 años, posteriormente se consolida por 15 a 20 años y después declinar gradualmente. Una manera sencilla de evaluar el vínculo del peso y talla (P/T) de un ser humano es a través del IMC, que se define como el peso en Kg sobre altura (en metros) al cuadrado. (Steen, Lundgren, & Isaksson, 1985)

Índice de Masa Corporal (IMC).

La OMS (WHO, 1995), determino, como rango para el adulto, un IMC de 18,9 a 24,9 kg/m². Posiblemente la influencia de la edad a tenido en cuenta por la OMS, observando que estos rangos serian para adultos hasta los 65 años, no garantizando que en estos momentos que sea el adecuado en personas adultas. (Camps Calzadilla, 2012)

GUIA TECNICA DE LA VALORACION NUTRICIONAL. MINSA (2013). Refiere que la clasificación de la evaluación nutricional de las personas adultas mayores según el IMC.

- Delgadez menor o igual a 23,0 puntos
- Normal mayor a 23 hasta los 28 puntos
- Sobrepeso mayor o igual a 28 hasta los 32 puntos
- Obesidad mayor o igual a 32 puntos

2.2.4. METODOS DE EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

La valoración nutricional se realiza de en forma subjetiva (simple) o en la forma objetiva (completa). La subjetiva se realiza en todos los pacientes, y completas en diferentes casos. (Casanueva, 2008)

A. Evaluación Nutricional Subjetiva (ENS)

Consideramos datos en anamnesis y durante el examen físico, para poder determinar desnutridos o si están en riesgo de desnutrición.

Anamnesis, considerar 5 puntos:

- Baja de peso.
- Síntomas digestivos.
- Alimentación reciente.
- Enfermedad de base.
- Estado general.

Examen Físico:

- El peso e Índice de Masa Corporal (IMC):

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$$

VALORES DEL IMC EN ADULTOS MAYORES			
DELGADEZ			NORMAL
1	2	3	
IMC<19	IMC19<21	IMC 21<23	IMC>23

- La masas muscular: inspeccionando y evaluando el tono muscular el deltoides y cuádriceps .
- Tejido adiposo subcutáneo: en el pliegue tricípital.

- Edema en miembros y perímetro abdominal.
- Signos de déficit de nutrientes.
- Con todo esto se diagnostica nutricionalmente, según la OMS:
 - a) Obesidad.
 - b) Bien nutrido.
 - c) Con desnutrición.
 - d) Regularmente desnutrido
 - e) O en riesgo de desnutrirse.

B. Evaluación Nutricional Objetiva

Indicada en pacientes con desnutrición o en riesgo. Consiste en medidas de antropometría con valores estandarizados, parámetros bioquímicos:

1. Antropometría:

- Peso y talla (IMC), siendo un indicador global para verificar el estado en que se encuentra el paciente.
- Pliegues realizados en piel a nivel bíceps y tríceps indicando la masa grasa.
- Realizando una suma de esos pliegues, sexo y edad se puede estimar la masa grasa con tablas adecuadas.
- Perímetro abdominal con valores normales de 88 cm en damas y 102 cm varones.

2. Laboratorio:

- Albuminemia: aunque no es marcador de desnutrición en ancianos.

- Prealbúmina: proteína conductiva de hormonas tiroideas y de retinol.

Valor normal ≥ 20 mg/dl. (Delgado Lopez, 2012)

2.2.5. FACTORES DE RIESGO DEL ESTADO NUTRICIONAL

Está condicionada por diversidad factores que se relacionan con el aspecto de salud, y aspectos socio cultural de la población. (Barazarte, 2016)

2.2.5.1. FACTORES BIOLÓGICOS.

1. ALIMENTACION

No solamente se altera la composición corporal, también se altera la ingesta de alimentos. Por ejemplo después de un ayuno, los ancianos tienen una percepción de hambre más que en la juventud. Sin embargo, en la población mayor prevalece un inadecuado consumo de alimentos, especialmente por falta de apetito, por lo que el adulto con el transcurso de los años pierde peso. (Gómez & Fernández, 2004)

2. PATOLOGIAS

a. Enfermedades neuropsicológicas

- **La depresión**

Se ha demostrado que existe relación directamente proporcional entre el estado psicosocial y el estado nutricional. En un estudio de la empresa Johnson y colaboradores, se encontró que el tener discapacidad, depresión, mal apoyo social, insatisfacción personal, tenía relación con el riesgo de desnutrición. Se encontró que la relación entre depresión y

riesgo de desnutrición generaban un mal desempeño físico, ocasionando un déficit en la masa y fuerza muscular, esto conduce a una discapacidad. (Álvarez, Ávila, Ruiz, & Gutiérrez, 2007)

- **Deterioro Cognoscitivo**

La función cognitiva se dice que se altera con el transcurrir de los años en el ser humano, puede ser que algunos adultos envejecen «exitosamente», se puede decir que cognitivamente sus funciones permanecen igual que en su juventud. (Guerra, 2003)

- b. Enfermedades dermatológicas**

Estas molestias dermatológicas provienen de la integración de diversidad de factores como:

- Úlceras por decúbito.
- Dermatitis y úlceras.

- c. Enfermedades cardiovasculares**

El incremento de riesgo de padecer una enfermedad se puede deber al estilo de vida sedentario. Hasta el día de hoy se establecen diversos trabajos sobre el riesgo de las enfermedades coronarias que se relacionan a los hábitos sedentarios; en 1987, Owell y cols. Publicaron uno de los trabajos de revisión más completa. (Powell, Thompson, Caspersen, & Kendrick, 1987) Así tenemos:

- Hipertensión
- Ataque cardíaco

d. Enfermedades digestivas

Luego de los 65 años, decae las papilas gustativas y se incrementa la pérdida del olfato, lo que complica que las personas en esta edad degusten los diferentes sabores y por ende no disfrutan el consumo ni disfrutan el sabor de los alimentos.

El incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, deteriora la amplitud de los sentidos, el gusto, el olfato, el tacto etc.

Se presenta una disminución del peristaltismo del conducto digestivo y la flexibilidad del músculo intestinal, esto puede condicionar a sufrir de estreñimientos, eructos, dolor en el abdomen y también puede disminuir la eficacia para asimilar del alimento, el calcio. (Alba & Mantilla, 2013)

Al momento de envejecer los cambios dentro de ellas cabe mencionar la pérdida de piezas dentales, la disminución en la agudeza visual etc.

También son condicionantes en la alimentación (Franco, Ávila, Ruiz, & Gutiérrez, 2007)

Las diversas enfermedades crónicas como, cáncer, EPOC, diabetes y enfermedad renal crónica, pueden afectar el estado nutricional del paciente y la ingesta de nutrientes y por lo mismo conlleva a la desnutrición o malnutrición. (Valenzuela, 2015)

3. MOVILIZACION

- En los pacientes que tienen una movilidad limitada se han disminuido las necesidades nutricionales. Las personas que viven solas tienden a comer cantidades limitadas de alimentos.

- El sedentarismo es considerado actualmente en un 50-70% como un factor de riesgo de morir con más prevalencia en nuestro universo. Para esto, especialistas según la OMS han recomendado que los ancianos pongan en práctica un estilo de vida más activa que pueda incluir dinámicas físicas en su vida cotidiana en su hogar, trabajo o en sus momentos libres. (Alba & Mantilla, 2013)

2.2.5.2. FACTORES SOCIOECONOMICOS

Factor Económico:

Tienen una influencia inmensa sobre la alimentación en lo que come la gente adulta, con que compran y preparan sus alimentos.

Es de importancia que mencionemos que muchas amas de casa seleccionan alimentos en lugares que realizan sus compras basándose más en el precio, ya que no toman en cuenta el valor nutritivo de los mismos los mismos que van de generación en generación. (Cardenas, 2014)

Factores Sociales:

La población adulta integran diferentes grupos sociales, en donde a menudo se sirven diferentes platos que tienden a reflejar los gustos que tienen cada grupo.

2.3. Marco Conceptual

ENVEJECIMIENTO

Es un proceso donde se sufre un cambio físico que se inicia desde que nace el ser humano, este proceso es diferente en cada persona incluyendo cambios orgánicos funcionales y psicológicos, de acuerdo a la forma de vivir y puede ocurrir en gran medida en la alimentación en el transcurso de la vida. (Anónimo, 2010)

ADULTO MAYOR

Se define adulto mayor a hombres y mujeres desde 60 años en algunos lugares del mundo en procesos de desarrollo y 65 años en países que ya han desarrollado.

La población anciana se considera como la última, en donde ya cumplieron con sus sueños, metas, teniendo la posibilidad de disfrute del tiempo que les queda con tranquilidad. (edukavital.blogspot.pe)

DESNUTRICIÓN

Este término desnutrición se refiere a uno de los estados patológicos que se producen por la falta de ingerir o absorber nutrientes que pueden ser divididos por la gravedad de la enfermedad en primer, segundo y hasta tercer grado.

TIPOS DE DESNUTRICIÓN;

- **DESNUTRICIÓN PRIMARIA.-** Se da por una inadecuada ingestión de alimentos ricos en nutrientes
- **DESNUTRICIÓN SECUNDARIA.-** Es producido cuando nuestro organismo presenta patologías que impiden la ingestión de los alimentos, en este caso los ancianos.
- **DESNUTRICIÓN MIXTA.-** Esta es de vital importancia y peligrosa al mismo tiempo ya que es la combinación de los diferentes formas de

desnutrición, la cual compromete a nivel fisiológico de la persona por la cual puede presentar síndromes debido a la mala alimentación la cual puede ocasionar morbilidad o mortalidad. (Mata, Cruz, & Viera, 2009).

CAPITULO III

MÉTODO

3.1. -Tipo de investigación

Este estudio es de carácter observacional de corte transversal - prospectivo.

3.2.- Diseño de investigación

Es un estudio, descriptivo de correlación

3.3. -Población y muestra

3.3.1.- Población

Esta investigación está compuesta por 765 adultos mayores de 65 años según INEI en el Centro Poblado Menor de San Antonio.

3.3.2.- Muestra

Debido a que el estudio estará enfocado a personas con más de 65 años, será necesario implementar el muestreo aleatorio a los adultos mayores que asistan a nuestra institución a los mismos que se les brinda atención integral en los diferentes servicios en el Centro de Salud san Antonio.

Debido a que el interés del estudio es la estimación de una proporción poblacional, la fórmula a utilizar será la siguiente:

n = número de componentes de la muestra

z = nivel de confianza

p = Porcentaje que estima las características usadas

$q = 100 - P$

E = error de estimación admitida

$N = 765$

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)(765)}{(0.05)^2 (765-1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)}$$

$$n = 259.4$$

La muestra que se obtuvo del universo es de 259 personas con 65 o más años de edad, cumplidos a la fecha de aplicar el instrumento.

3.4. -Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En este estudio se usa la encuesta y el instrumento a usar es un interrogatorio:

- Variable factor riesgo:

Aplicar el instrumento el MNA con 4 ítems y 18 preguntas.

- Variable nivel nutricional:

Para determinar el IMC se usa la fórmula: Peso sobre talla al cuadrado

Consentimiento informado

MNA: MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Este MNA es un test de condición nutricional validado y herramienta de evaluación que proporciona la identificación de las personas con más de 65 años que se encuentran en desnutrición o en riesgo de desnutrirse.

Cuando fue validada en el año 1994 el MNA fue utilizado en varias investigaciones y en diferentes idiomas, es un instrumento fácil de utilizar con sensibilidad (96%), especificidad (98%) y confiable para desnutrición del (97%).

La MNA que se ha sugerido como un instrumento clínico para evaluar la situación nutricional en que se encuentra las personas de 65 años, es uno de los instrumentos desarrollados en 1990 en Francia, en la Universidad de Nuevo México, y el Centro Nestlé de Investigaciones en Suiza.

Está formado por 4 partes:

- **Valoración antropométrica:** Circunferencias del brazo, pantorrilla, IMC, peso perdido en los últimos 3 meses.
- **Valoración global de estilos de vida:** Movimiento en casa, estrés psicológico, enfermedades agudas dentro de los tres meses transcurridos, capacidad de vivencia por sí mismo su casa, úlceras por decúbito u heridas en la piel.
- **Valoración dietética:** El número de comidas durante el día, consumo de proteínas, consumo de vegetal y frutos, ingestas de líquidos, forma de alimentarse con o sin apoyo, cambios de hábitos alimentarios.

- **Autoevaluación subjetiva:** Auto percepción de la dificultad nutricional, y como percibe su estado de salud.

La MNA comienza con un encabezado, comprendido en las siguientes: nombre y apellido, sexo, edad, peso, estatura, fecha.

Además está compuesto por 18 variables:

1. **Han disminuido los ingresos alimentarios en los últimos 3 meses** Se ve los cambios al ingreso de alimentos del adulto por la pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultad para masticar y deglutir.
2. **Pérdida reciente de peso:** se refleja durante el transcurso de 3 meses.
3. **Movilidad:** se refleja en el desplazamiento del anciano, y el nivel de autonomía.
4. **Si sufrió estrés psicológico o afección en los últimos 3 meses:** Se refleja afectando el ingreso de alimentos del paciente.
5. **Problemas neuropsicológicos:** Aparece rasgos de demencia en el paciente u otra afección que va en contra la autonomía del paciente.
6. **Índice de Masa Corporal:** Se observa el IMC del adulto.
7. **Vive independientemente.**-Muestra la capacidad de relacionarse con el mundo exterior.
8. **Consume más de 3 medicamentos diariamente:** Medicación del anciano para controlar sus patologías presentes.
9. **Presencia de escaras de decúbito, úlceras varicosas, otras lesiones cutáneas:** Existe soluciones de continuidad de la piel pústulas, costras.

10. **Cuántas comidas completas consume el anciano diariamente:** Reflejan la cantidad real de alimentos ingeridos por el paciente mayor..
11. **Marcadores selectos de consumo de proteínas:** Refleja la cantidad y calidad de proteínas ingeridas.
12. **Consume 2 o más porciones de frutas o vegetales diariamente:** Reflejan la ingesta de frutas y vegetales.
13. **Qué cantidad de líquidos consume diariamente:** Refleja ingesta de líquidos.
14. **Modo de alimentación:** Reflejan capacidad del paciente para alimentarse por el mismo.
15. **Autopercepción del estado nutricional:** Reflejan percepción de su estado nutricional.
16. **Autopercepción del estado de salud:** Reflejan la capacidad de reconocer su salud comparándose con otros.
17. **Circunferencia del brazo:** Recepción del valor de la circunferencia del brazo del anciano.

Valores normales:

C.B. Hombres: 31cm.

C.B. Mujeres: 28cm.
18. **Circunferencia de la pantorrilla:** Recibe el valor estimado de la circunferencia de la pantorrilla.

Valores normales CP: $< o = 31$

(Andrade Trujillo, 2011)

3.5. Técnicas de Procesamiento y análisis de datos.

Para poder apreciar las características de la población se utilizó la estimación puntual del peso, talla y edad específicamente frecuencias, porcentajes, promedio. Se consideró que existían desigualdades estadísticas en los grupos cuando p sea < 0.05 .

Estos análisis estadísticos de datos, se realizó con el software SPSS versión 23, cuyos resultados se presentan en cuadros y gráficos para una mejor exposición

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

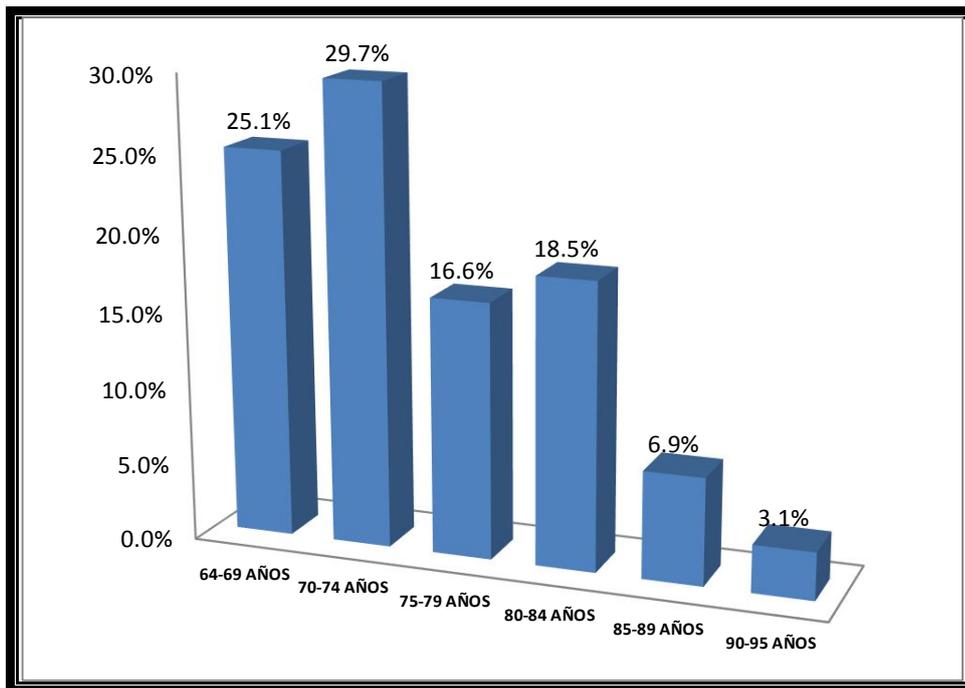
4.1. Presentación de Resultados por variables

**TABLA 1.- DISTRIBUCION DE LA EDAD SEGUN SEXO EN EDULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO-
MOQUEGUA 2013**

Edad	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
65-69	31	12.00%	34	13.10%	65	25.10%
70-74	38	14.70%	39	15.10%	77	29.70%
75-80	21	8.10%	22	8.50%	43	16.60%
80-84	26	10.00%	22	8.50%	48	18.50%
85-89	12	4.60%	6	2.30%	18	6.90%
90-95	3	1.20%	5	1.90%	8	3.10%
Total	131	50.60%	128	49.40%	259	100.00%

En la tabla 1 se observa que del total de 259 adultos mayores atendidos en el C. S; San Antonio la mitad corresponde al sexo femenino y la otra mitad al sexo masculino, así mismo el 54.80 de la muestra en estudio se da en los intervalos de 65 a 74 años de edad.

**GRAFICO 1.-DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA
2013**

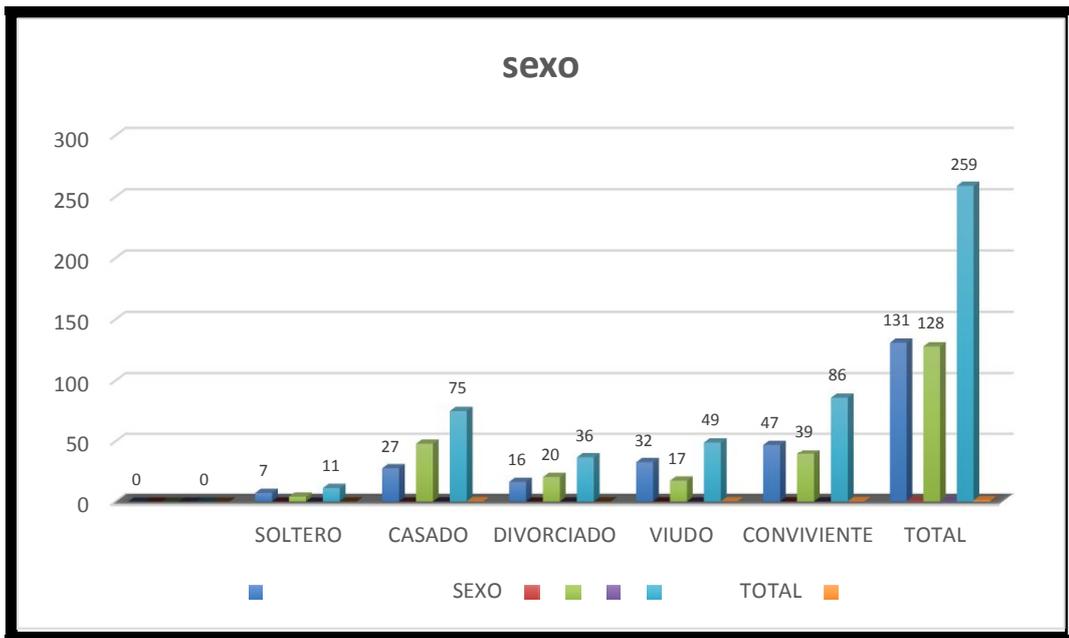


**TABLA 2.-EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE ESTADO CIVIL EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
ANTONIO- MOQUEGUA 2013**

ESTADO CIVIL	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERO	7	2.70%	4	1.54%	11	4.24%
CASADO	27	10.42%	48	18.53%	75	28.95%
DIVORCIADO	16	6.18%	20	7.72%	36	13.90%
VIUDO	32	12.36%	17	6.56%	49	18.92%
CONVIVIENTE	47	18.15%	39	15.05%	86	33.20%
TOTAL	131	50.60%	128	49.40%	259	100.00%

En la tabla 2 se observa que una tercera parte de la población estudiada son convivientes (33.20) y seguido por la población casada con un 28.95 de toda la población estudiada.

**GRAFICO 2.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE ESTADO CIVIL EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
ANTONIO- MOQUEGUA 2013**

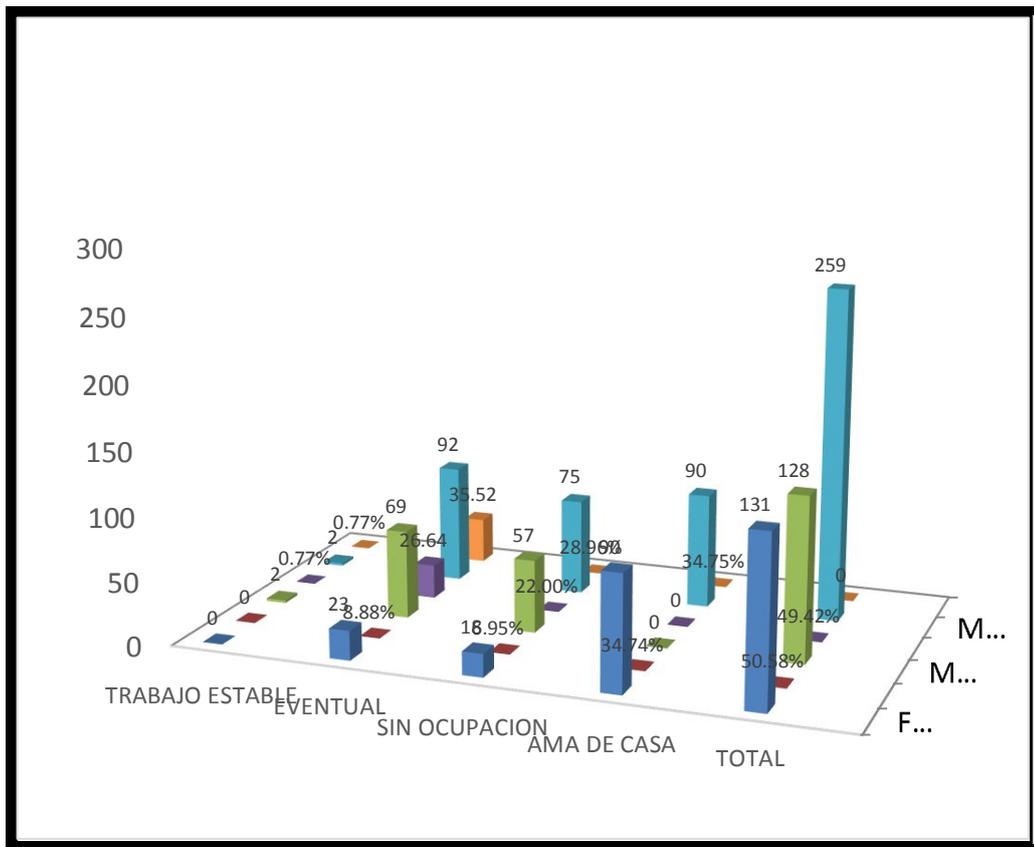


**TABLA 3.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE SITUACIÓN LABORAL
EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
ANTONIO- MOQUEGUA 2013**

SITUACION	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LABORAL						
TRABAJO ESTABLE	0	0	2	0.77%	2	0.77%
EVENTUAL	23	8.88%	69	26.64%	92	35.52%
SIN OCUPACION	18	6.95%	57	22.00%	75	28.96%
AMA DE CASA	90	34.74%	0	0	90	34.75%
TOTAL	131	50.58%	128	49.42%	259	100.00%

En la tabla 3 observamos el 35.52% de los habitantes en estudio cuentan con un trabajo eventual de sexo masculino, seguido del 34.75% son amas de casa, con un 28.96% no tiene ocupación predominando el sexo masculino.

GRAFICO 3.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE SITUACIÓN LABORAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013



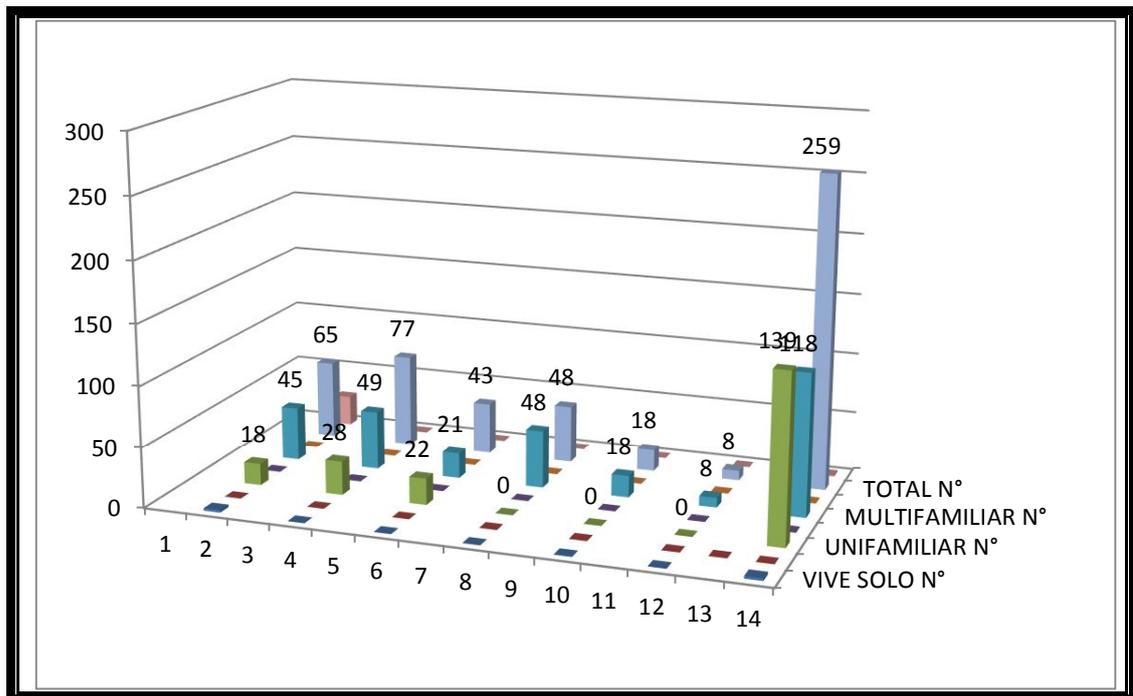
**TABLA 4.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE TIPO DE FAMILIA EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
ANTONIO- MOQUEGUA 2013**

TIPO DE FAMILIA

EDAD	VIVE SOLO		NUCLEAR		MULTIFAMILIAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
65-69	2	0.77%	18	6.95%	45	17.37%	65	25.10%
70-74	0	0.00%	28	10.81%	49	18.92%	77	29.73%
75-79	0	0.00%	22	8.49%	21	8.11%	43	16.60%
80-84	0	0.00%	0	0%	48	18.53%	48	18.53%
85-89	0	0.00%	0	0.00%	18	6.95%	18	6.95%
90-95	0	0.00%	0	0.00%	8	3.09%	8	3.09%
Total	2	0.77%	68	26.25%	189	72.97%	259	100.00%

En la tabla 4 observamos que el 72.97% de la población estudiada cuentan con una familia multifamiliar seguido del 26.25% con tipo de familia nuclear y además viven solos con un 0.77%.

**GRAFICO 4.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE SITUACIÓN LABORAL
EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
ANTONIO- MOQUEGUA 2013**



**TABLA 5.- EVALUACIÓN DEL ÍMC SEGÚN EDAD EN EL ADULTO
MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO-
MOQUEGUA 2013**

IMC	IMC<19		IMC19 - 21		IMC 21 - 23		IMC> o´ = 23		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65-69a	0	0.00%	5	1.93%	7	2.70%	53	20.46%	65	25.09%
70-74a	5	1.93%	4	1.54%	16	6.17%	52	20.07%	77	29.72%
75-79a	3	1.15%	7	2.70%	0	0.00%	33	12.74%	43	16.60%
80-84a	2	0.77%	7	2.70%	7	2.70%	32	12.35%	48	18.53%
85-89a	0	0.00%	4	1.54%	1	0.38%	13	5.01%	18	6.94%
90-95a	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	8	3.08%	8	3.08%
TOTAL	10	3.86%	27	10.42%	31	12.96%	191	73.74%	259	100.00%

X² = 28,060

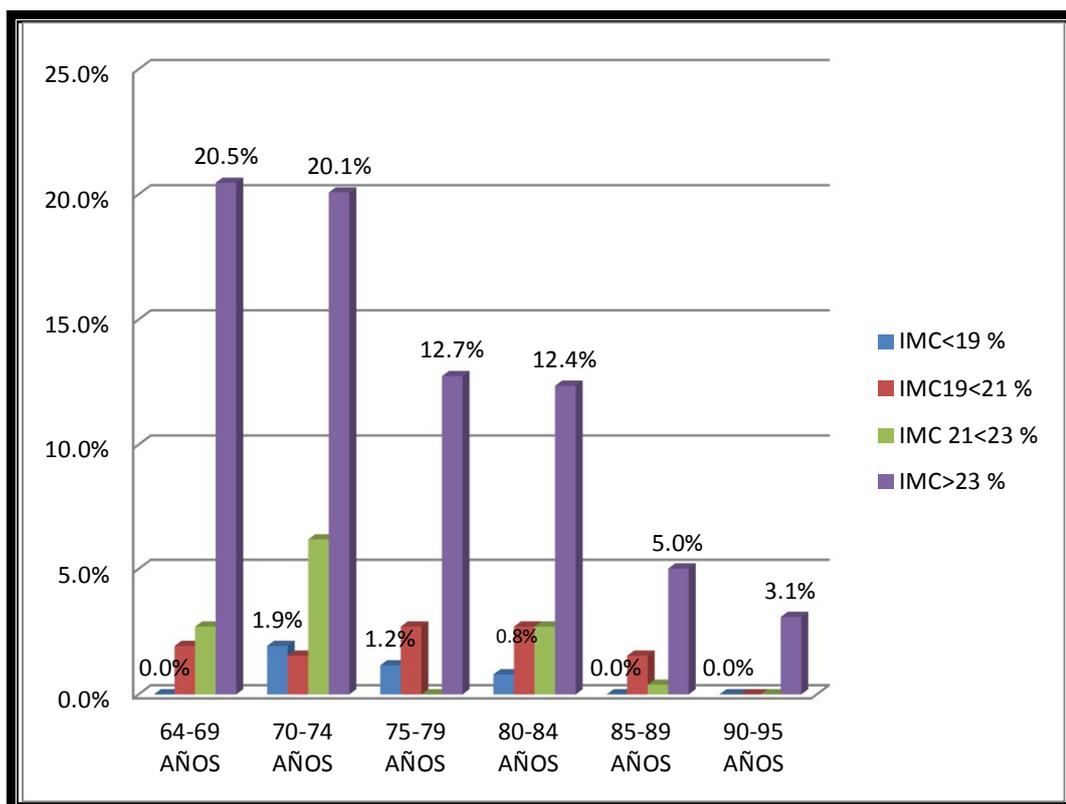
gl=15

P= 0.021

En la tabla 5 observamos que lo que resalta mas son las $\frac{3}{4}$ partes (73.74) tienen un IMC mayor o igual a 23, tambien podemos decir que cuatro de cada diez de adultos entre los 65 a 74 años de edad tiene un IMC mayor o igual a 23 de toda la poblacion estudiada.

Al aplicar la prueba de Chi2 se obtiene P valorizado con 0.021, el cual es menor que el nivel de significancia, indicando que existe una relación entre la edad y el IMC.

**GRAFICO 5.- EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN
 EDAD EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
 SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013**



**TABLA 6.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN SEGÚN
FRECUENCIA DE COMIDAS EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS
EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA 2013**

FRECUENCIA DE COMIDAS

INDICADOR	UNA COMIDA		2 COMIDAS		3 COMIDAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DESNUTRICION								
> 23 PUNTOS SIN DESNUTRICION	0	0.00%	9	3.47%	68	26.25%	77	29.72%
19 a 23 RIESGO DE DESNUTRICION	2	0.77%	13	5.01%	94	36.29%	109	42.08%
< 19 PUNTOS CON DESNUTRICION	5	1.93%	36	13.89%	32	12.35%	73	28.18%
Total	7	2.70%	58	22.39%	194	74.90%	259	100.00%

$X^2 = 53.053$

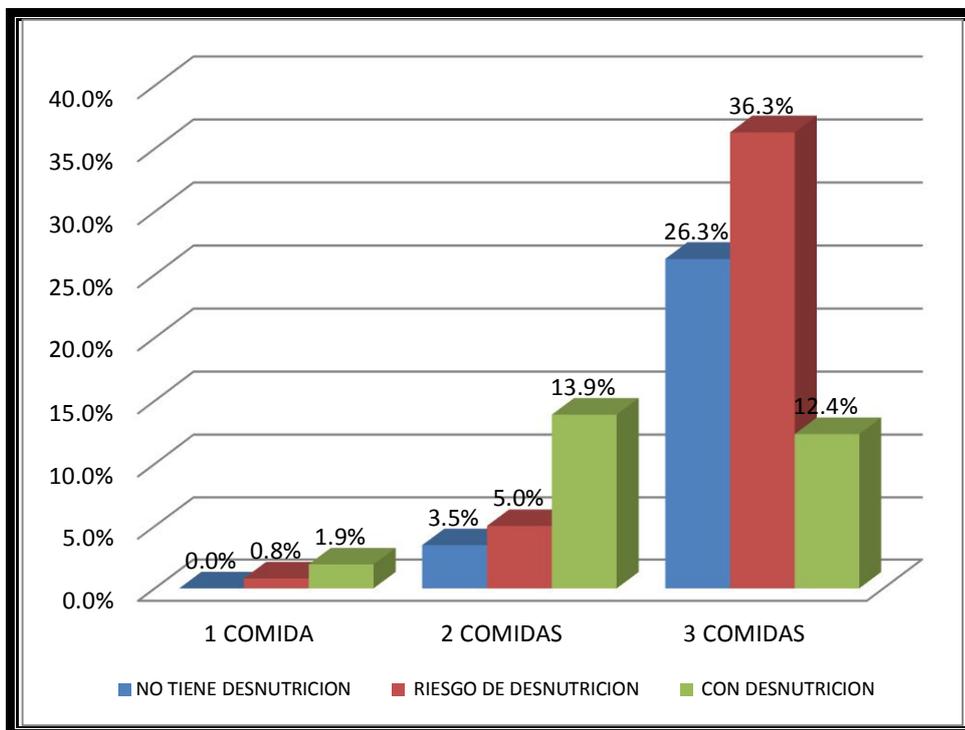
gl=4

P= 0.00

En la tabla 4 resalta cerca de $\frac{3}{4}$ partes de nuestra población de estudio consume 3 comidas diarias (74.90) y cuatro de cada diez adultos mayores se encuentran en riesgo de desnutrición (42.08%).

P valor de 0.00 el cual es menor que el nivel de significancia, indicando que existe una relación entre la frecuencia de alimentos y el indicador de desnutrición.

**GRAFICO 6.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN
SEGÚN FRECUENCIA DE COMIDAS EN LOS ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA
2013**



**TABLA 7 EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN SEGÚN
LA PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO- MOQUEGUA
2013**

HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD

INDICADOR DE DESNUTRICION	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIN DESNUTRICION	26	10.03%	51	19.69%	77	29.72%
RIESGO DE DESNUTRICION	76	29.34%	33	12.74%	109	42.08%
CON DESNUTRICION	62	23.93%	11	4.24%	73	28.18%
TOTAL	164	63.32%	95	36.67%	259	100.00%

X² = 45.56

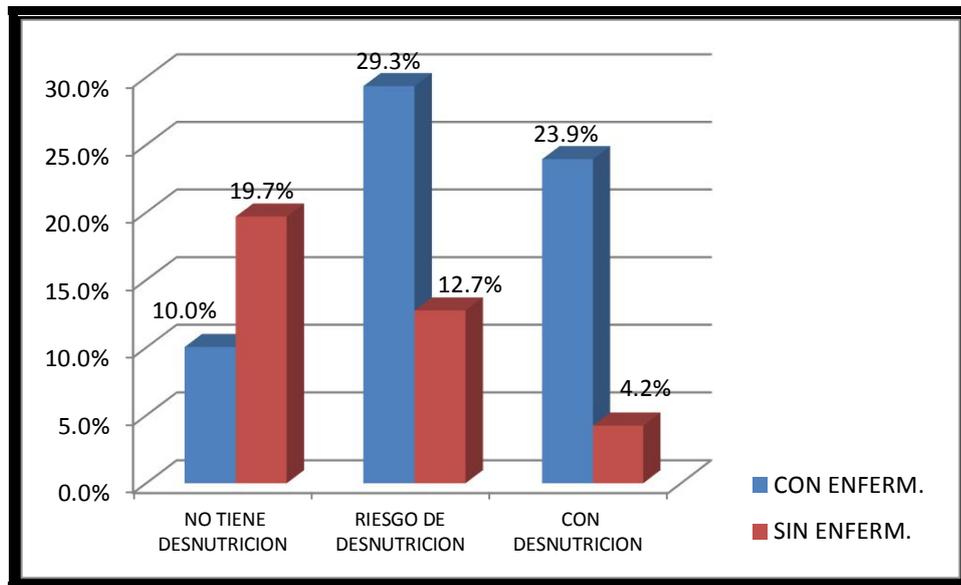
gl=2

P= 0.00

En la tabla 5 observamos que cuatro de cada diez adultos mayores tienen riesgo de desnutrición (42.08%) de cada diez (63.32%) si han sufrido alguna enfermedad, tres de cada diez (36.67%) no presentan enfermedad, pero el 12.74% tiene riesgo de desnutrición y 4.24 tienen desnutrición pero no presenta enfermedad.

P valor de 0.00, el cual es menor que el nivel de significancia, indicando que existe una relación entre el indicador de desnutrición y la presencia de alguna enfermedad.

**GRAFICO 7.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN
SEGÚN LA PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD EN ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO-
MOQUEGUA 2013**



**TABLA 8.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN SEGÚN
EL TIPO DE AYUDA QUE NECESITA PARA ALIMENTARSE LOS
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL C.S. SAN ANTONIO-
MOQUEGUA 2013**

TIPO DE AYUDA PARA ALIMENTARSE

IND. DE DESNUTRICION	CON AYUDA SOLO		CON DIFICULTAD		TOTAL			
	N°	%	N°	%	%	N°	%	
NO TIENE DESNUTRICION	1	0.38%	10	3.86%	66	25.48%	77	29.72%
RIESGO DE DESNUTRICION	1	0.38%	53	20.46%	55	21.23%	109	42.08%
CON DESNUTRICION	17	6.56%	50	19.30%	6	2.31%	73	28.18%
TOTAL	19	7.33%	113	43.62%	127	49.03%	259	100.0%

$X^2 = 108.77$

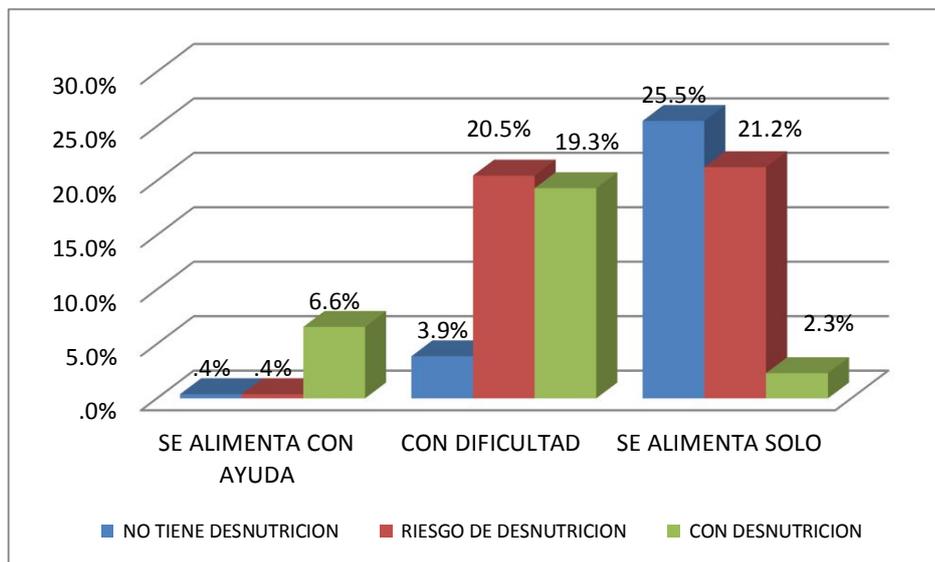
gl=4

P= 0.00

En la tabla 6 se aprecia que media población estudiada se alimenta solo , una cuarta parte se alimenta solo y no tiene desnutrición, dos de cada diez se alimenta con dificultad y presenta riesgo de desnutrición y seis de cada diez se alimenta con ayuda y presenta desnutrición.

Nivel de certeza del 95%, una probabilidad de imprecisión del 5% la prueba estadística chi2 establece que los pacientes que necesitan ayuda para alimentarse influye en el indicador de desnutrición, con una P valor de 0.00.

**GRAFICO 8.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN
SEGÚN EL TIPO DE AYUDA QUE NECESITA PARA ALIMENTARSE EN
LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
ANTONIO- MOQUEGUA 2013**



**TABLA 9.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN SEGÚN
LA VALORACIÓN QUE SI VIVEN SOLOS O NO, EN ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO-
MOQUEGUA 2013**

VIVE SOLO

INDICADOR	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DESNUTRICION						
NO TIENE DESNUTRICION	74	28.57%	3	1.15%	77	29.72%
RIESGO DE DESNUTRICION	106	40.92%	3	1.15%	109	42.08%
CON DESNUTRICION	72	27.79%	1	0.38%	73	28.18%
TOTAL	252	97.29%	7	2.70%	259	100.00%

$X^2 = 0.911$

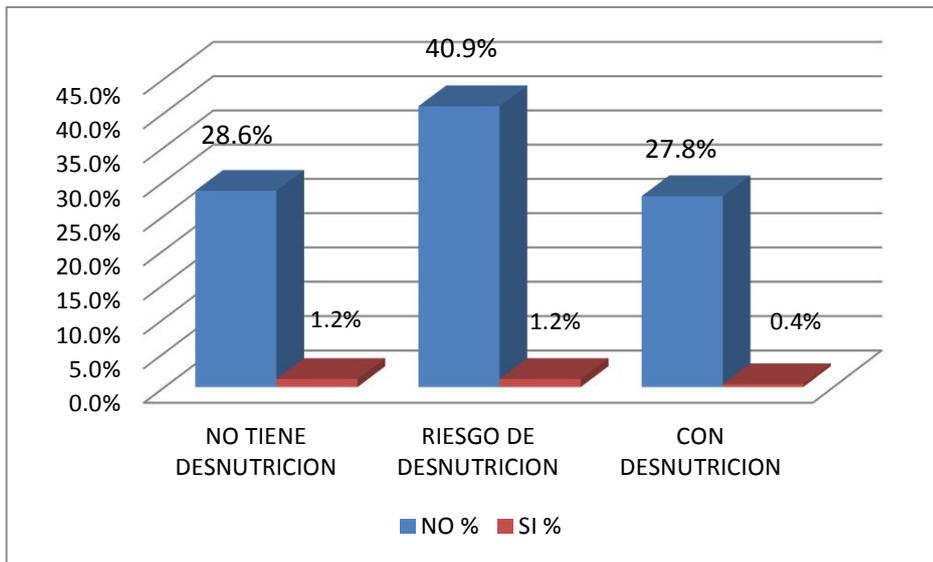
gl=2

P= 0.63

En la tabla 7 observamos que con la diferencia de los adultos mayores no viven solos (97.29%) y de ellos cuatro de cada diez tienen riesgo de desnutrición, similares proporciones se dan para los adultos mayores con desnutrición (27.69%) y no tiene desnutrición (28.57%).

Nivel de certeza 95%, probabilidad de imprecisión del 5% la prueba estadística χ^2 establece que los pacientes que viven solos no tiene influencia en el indicador de desnutrición, con una P valor de 0.63.

**GRAFICO 9.- EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN
SEGÚN LA VALORACIÓN QUE SI VIVEN SOLOS O NO, EN ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO-
MOQUEGUA 2013**



4.2.- Contrastación de hipótesis

4.2.1.- HIPOTESIS ESPECÍFICA:

H0: No hay relación entre la frecuencia de alimentos con estado nutricional de adultos mayores.

H1: Existe relación entre la frecuencia de alimentos por día y la situación nutricional del adulto mayor.

ESTADISTICO DE PRUEBA:

Del Cuadro N° 6

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	53,053 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	51,106	4	,000
Asociación lineal por lineal	39,106	1	,000
N de casos válidos	259		

DECISION: Con un p valor de 0.000 menor que 0.05, siendo aceptada la hipótesis alterna y rechazada la hipótesis nula, por lo tanto si hay relación con frecuencia de alimentos realizadas por los adultos mayores y el estado nutricional.

4.2.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA:

H0: La presencia de enfermedades no está relacionada con el estado nutricional del adulto mayor.

H1 La presencia de enfermedades está relacionado con el estado nutricional del adulto mayor.

ESTADISTICO DE PRUEBA:

Del Cuadro N° 7

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45,562 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	46,404	2	,000
Asociación lineal por lineal	42,472	1	,000
N de casos válidos	259		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 26,78.

DECISION:

Con un p valor=0,000, menor que 0.05, aceptamos la hipótesis alterna y rechazamos la hipótesis nula, existe evidencia estadística para afirmar que si existe relación entre la presencia de enfermedades y el estado nutricional de los adultos mayores.

4.2.3. HIPOTESIS ESPECÍFICA:

H0: No existe relación entre el tipo de ayuda que necesita para alimentarse y el estado nutricional.

H1: Existe relación entre el tipo de ayuda que necesita para alimentarse y el estado nutricional.

ESTADISTICO DE PRUEBA

Del Cuadro N° 8

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	108,779 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	119,445	4	,000
Asociación lineal por lineal	94,165	1	,000
N de casos válidos	259		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,36.

DECISION:

Con un P valor=0.000, menor que 0.05, aceptamos la hipótesis alterna y rechazamos la hipótesis nula, existe evidencia estadística para afirmar que si existe relación entre el tipo de ayuda que necesita para alimentarse y el estado nutricional de los adulto mayor.

4.2.4. HIPOTESIS ESPECÍFICA:

H0: No existe relación entre la condición que si vive solo o no y el estado nutricional.

H1: Existe relación entre la condición que si vive solo o no y el estado nutricional.

ESTADISTICO DE PRUEBA

Del Cuadro N° 9

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,911 ^a	2	,634
Razón de verosimilitud	,969	2	,616
Asociación lineal por lineal	,904	1	,342
N de casos válidos	259		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.97.

DECISION: Con un p valor de 0.634 mayor que 0.05, la hipótesis alterna es rechazada y se da por aceptada la hipótesis nula, es así que no existe relación entre e la condición que si vive solo o no y el estado nutricional de los adulto mayor.

4.3. **Discusión de Resultados**

En la tabla 1 encontramos que del total de 259 adultos mayores atendidos en el C: S; San Antonio la mitad corresponde al sexo femenino y la otra mitad al sexo masculino, así mismo el 54.80% de la población en estudio se da entre los 65 a 74 años de edad.

Estos resultados pueden deberse a que tenemos que la población estudiada está dividida en similares proporciones entre ambos sexos.

La desigualdad de otros estudios como en el dispensario Santa Francisca Romana de Bogotá la distribución por género al 100% del grupo de 60 a 89 está conformada por el 60% de mujeres y el 40% femenino donde observamos el predominio del sexo femenino.

Se observa en la tabla 2 que una tercera parte de la población estudiada un 33.20% son convivientes seguido por la población casada con un 28.95% de toda la población estudiada.

Resultados hallados de la investigación predominó el número de familias que están en la convivencia ya que ven el costo económico en un matrimonio y otros que si están debidamente casados con apoyo tal vez de los padres.

Comparando con otros estudios de La Habana el 90 % el sexo femenino mayor de 75 años están solas, el 43 % del sexo masculino está en las mismas condiciones. Igual a Peláez, que demostró que en Argentina y Uruguay la semejanza de adulto mayor en la etapa de separación excede el 25 %, lo cual rebasa a Cuba o Brasil, donde el 15 % de adultos mayores se ubica en esta etapa.

En el cuadro 3 se observa que el 35.52% de los moradores en estudio cuentan con un trabajo eventual seguido del 34.75% son amas de casa, con un 28.96% no tiene ocupación.

En la tabla 4 observamos que el 72.97% de la población estudiada cuentan con una familia multifamiliar seguido del 26.25% con tipo de familia nuclear.

Como podemos observar en la tabla 5 resalta mas las $\frac{3}{4}$ partes (73.74%) tienen un IMC mayor o igual a 23, tambien podemos decir que cuatro de cada diez de adultos mayores entre los 65 a 74 años de edad tiene un IMC mayor o igual a 23 de toda la poblacion estudiada.

Al aplicar la prueba de Chi² obteniendo un “P” valorizado de 0.021, el cual es menor que el nivel de significancia, indicando que existe una relación entre la edad y el IMC.

Estos resultados puede ser debido a muchos causas que influencian en la situación nutricional a los adultos, como factor socioeconómico, el vivir solo, no poder alimentarse, la perdida de piezas dentales pueden causar la pérdida de peso.

Haciendo una comparación con esta investigación realizada en el Dispensario Santa Francisca Romana – Bogotá los resultados obtenidos revelaron que el porcentaje superior del muestrario 72,5% damas y 27,5 % varones, el 62,5% encontramos de 70-79 años, le sigue 32,5 % entre 80 y 89; el 4% de 60 a 69 y el 1% a más de 90 años.

Observamos en la tabla 6 que cerca de $\frac{3}{4}$ partes de nuestra población de estudio consume 3 comidas diarias (74.90%) y cuatro de cada diez adultos mayores se encuentran en riesgo de desnutrición (42.08%).

P valor de 0.00 el cual es menor que el nivel de significancia, indicando que existe una relación entre la frecuencia de alimentos y el indicador de desnutrición.

El presente resultado puede ser por las costumbres así en el sector rural solo consumen entre 1 a 2 comidas al día en la mañana y en la noche luego de estar en las chacras como es su costumbre.

Realizando una comparación con los estudios realizados en las instituciones del adulto mayor de Lambayeque 2013, dentro de las valorizaciones en cuanto a dieta se encontró que 103 adultos mayores el 49.50% ingería 2 comidas al día y un grupo menor con el 3.80% ingería 1 comida al día, 165 refirieron ingerir insumos lácteos tal vez uno al día, huevos y vegetales 1 o 2 veces a la semana y carnes de res, pescado o aves de corral en forma diaria, mientras que 41 refirieron que ingerían 2 de los 3 grupos de alimentos mencionados y sólo 2 refieren ingerir uno de los diversos alimentos ricos en proteínas o casi ninguno.

Como observamos en esta tabla 7 que cuatro de cada diez adultos mayores tienen riesgo de desnutrición y seis de cada diez si han sufrido alguna enfermedad, tres de cada diez no presentan enfermedad pero el 12.74 tiene riesgo de desnutrición y 4.24 no tienen desnutrición pero no presenta enfermedad alguna.

P valor de 0.00, el cual es menor que el nivel de significancia, indicando que existe una relación entre el indicador de desnutrición y la presencia de alguna enfermedad.

Al aplicar la prueba de Chi² se obtiene un “P” valorizado de 0.00, el cual es menor que el nivel de significancia, indicando que existe una relación entre el indicador de desnutrición y la presencia de alguna enfermedad.

Este resultado puede deberse como nos dice la revista médica de México el conjunto de variaciones en la función de familia no es exclusiva de los cambios del estado nutricional tal vez estas se han asociado a la existencia de otras patologías, como los diabéticos, neumonías e hipertensos.

Diversos estudios han demostrado que aspectos relacionados con la morbilidad (procesos agudos, enfermedades crónicas o la hospitalización) se asocian a un estado nutricional deficiente. En nuestro trabajo hemos hallado respecto a la presencia de Enfermedades en los adultos mayores, un 63.35% ha sufrido alguna enfermedad y un porcentaje de 36.7% no sufrió ningún tipo de enfermedad.

Se observa en la tabla 8 que aproximadamente la mitad de la población en estudio se alimenta solo, una cuarta parte se alimenta solo y no tiene desnutrición, dos de cada diez se alimenta con dificultad y presenta riesgo de desnutrición y seis de cada diez se alimenta con ayuda y presenta desnutrición. Nivel de certeza 95%, probabilidad de imprecisión del 5% la prueba estadística chi² establece que los pacientes que necesitan ayuda para alimentarse influye en el indicador de desnutrición, con una P valor de 0.00.

Estos resultados se da porque en nuestro estudio hemos encontrado que la población adulta mayor investigada, respecto a la forma de alimentarse unos se

alimenta solos, otros se alimenta con dificultad y un porcentaje es incapaz de alimentarse solo o sin ayuda.

Otros resultados obtenidos como en la vitalidad de adultos mayores en el país de Bolivia en 2004, 100% de las personas que no se mueven y 63% con movimiento limitado obtienen con el MNA puntos mínimos, al mismo tiempo personas con movimiento normal obtienen la evaluación normal. La hipótesis entonces puede ser que uno de las causas críticas del situación nutricional, que por falta de ejercicio, sea ser autónomo o no y tener o no accesibilidad a alimentos, preparación de comida según su limitación de salud.

Podemos observar en la tabla 9 la diferencia de los adultos mayores que no viven solos (97.29%) y de ellos cuatro de cada diez tienen riesgo de desnutrición, similares proporciones se dan para los adultos mayores con desnutrición (27.69%) y no tiene desnutrición (28.57%).

Nivel de certeza 95%, probabilidad de imprecisión del 5% la prueba estadística χ^2 establece que los pacientes que viven solos no tiene influencia en el indicador de desnutrición, con una P valor de 0.63.

Con estos resultados podemos decir que casi en su totalidad las variables muestran conclusiones apropiados, indicando que la aplicación del MNA son satisfactorios, considerando que las personas mayores refiere vivir solos porque aun viviendo con familiares, sus labores cotidianas las realizan personalmente considerando que algún miembro de la familia están presentes por la noche y por el día trabajan.

En otros estudios como el de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. España. De la Facultad de Ciencias de la Salud un porcentaje siendo 22% de los ancianos entrevistados viven solos en casa o su vivienda y restante 78%, viven con compañía de la pareja, el 52%, de algún familiar el 24% y un 2% vive con otras personas no perteneciente a la familia.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

PRIMERA:

Obtenidos los resultados observamos que del total de 259 adultos mayores atendidos en el C: S; San Antonio la mitad corresponde al sexo femenino y la otra mitad al sexo masculino, así mismo el 54.80% de los pobladores estudiados se da entre los 65 a 74 años de edad.

SEGUNDA:

Se ha determinado que una tercera parte de la población estudiada son convivientes (33.20%) y seguido por la población casada con un 28.95 de toda la población estudiada.

TERCERA:

Los resultados obtenidos en cuantos cuentan con trabajo fijo, eventual, se observa que el 35.52% de la población estudiada cuentan con un trabajo eventual seguido

del 34.75% son amas de casa, con un 28.96% no tiene ocupación alguna ya que son personas con avanzada edad.

CUARTA:

Con el estudio realizado en adultos mayores se obtiene que el 50.97% de la población estudiada cuentan con una unidad nuclear o unifamiliar seguido del 45.56% con familia multifamiliar y un mínimo de personas solas.

Con el uso de la encuesta se ha determinado que las $\frac{3}{4}$ partes (73.74) tienen un IMC mayor o igual a 23, tambien podemos decir que cuatro de cada diez de adultos entre los 65 a 74 años de edad tiene un IMC mayor o igual a 23 de toda la poblacion estudiada.

QUINTA:

Después de tener los resultados observamos que cerca de $\frac{3}{4}$ partes de nuestra población de estudio consume 3 comidas diarias (74.90) y cuatro de cada diez adultos mayores se encuentran en riesgo de desnutrición (42.08%).

SEXTA:

En nuestra investigación observamos que cuatro de cada diez adultos mayores tienen riesgo de desnutrición y seis de cada diez si han sufrido alguna enfermedad, tres de cada diez no presentan enfermedad pero el 12.74 tiene riesgo de desnutrición y 19.69 no tienen desnutrición.

SETIMA:

Podemos decir que de toda nuestra población en estudio casi el 50% de la población en estudio se alimenta solo, una cuarta parte se alimenta solo y no

tiene desnutrición, dos de cada diez se alimenta con dificultad y presenta riesgo de desnutrición y seis de cada diez se alimenta con ayuda y presenta desnutrición.

OCTAVA:

En la tabla siete observamos que con la diferencia de los adultos mayores no viven solos (97.29%) y de ellos cuatro de cada diez tienen riesgo de desnutrición, similares proporciones se dan para los adultos mayores con desnutrición (27.69%) y no tiene desnutrición (28.57%).

5.2. RECOMENDACIONES

PRIMERA:

DIRESA MOQUEGUA. Se ve necesario crear una historia clínica en cuanto a nutrición del adulto mayor mediante una valoración completa, para permitir diagnosticar cada paciente, tal es así que se genera un proyecto para la aplicación de prevención.

SEGUNDA:

RED DE SALUD MOQUEGUA, Hacer que al equipo de profesional que labora en la institución, integre una Nutricionista, para que lidere en el tema, al mismo tiempo proponga y efectúe propuestas satisfactorias, para contribuya a mejoras de calidad de vida de este grupo en estudio.

TERCERA:

A LA RED DE SALUD MOQUEGUA, Una posibilidad de solución realizar convenios con universidades para con los practicantes de la facultad de las

ciencias de la salud organicen proyectos que puedan permitir a los adultos mayores el acceso de alimentos a través de ONG u otra organización.

CUARTA:

A LAS MUNICIPALIDADES, Se puede sugerir a las Municipalidades que elaboren programas preventivo-promocionales, realizando una educación nutricional para lograr una alimentación balanceada para adultos. Se aconseja al Municipio que implemente talleres de actividades para los adultos mayores con un fin el de mejorar problemas de nutrición en este grupo.

QUINTA:

A LOS PROFESIONALES DE SALUD, Se debe tener en cuenta que la alimentación nutricional en el adulto mayor se realice en un clima de respeto y afecto, relacionando una alimentación beneficiosa para crear una buena calidad de vida, con autonomía.

A LOS FAMILIARES.- Deben tener en cuenta que esta población ya no está en edad para trabajar ya que ninguna institución podría contratarlos por su misma edad y deberían tener consideración y no abandonarlos a su suerte.

BIBLIOGRAFÍA

(2008)., R. (s.f).

Alba, D., & Mantilla, S. (2013). Estado Nutricional, Hábitos Alimentarios Y De Actividad Física En Adultos Mayores Del Servicio Pasivo De La Policía De La Ciudad De Ibarra.

Alba, D., & Mantilla, S. (2013). Estado Nutricional, Hábitos Alimentarios Y De Actividad Física En Adultos Mayores Del Servicio Pasivo De La Policía De La Ciudad De Ibarra-Ecuador . 50.

Albala C, B. D. (1999). Evaluación del Estado Nutricional en el Anciano . *Guías de Alimentación para el Adulto Mayor. Publicado por el Ministerio de Salud de Chile*, 37-52.

Álvarez, F., Ávila, J., Ruiz, L., & Gutiérrez, L. m. (2007). Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: Análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México.

Andrade Trujillo, C. A. (2011). “Nivel De Depresión En Adultos Mayores De 65 Años Y Su Impacto En El Estado Nutricional En La Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011” Ecuador . 85-90.

Anónimo. (2010). Nutrición, Fundamento De Una Terapia Médica Integral. Bogotá Colombia. *Módulo 3 Y 4*.

Barazarte, M. (2016). Factores que condicionan el estado nutricional.

Camps Calzadilla, E. (2012). Características antropométricas, funcionales y nutricionales de los centenarios cubanos. 25-27.

- Cardenas, A. (2014). Cambios Sociales Y Desnutrición En Los Adultos Mayores En Paríña Chico Distrito Los Aquijes Ica – Perú . 17-19.
- Casanueva, E. (2008). Nutriología Médica, 3ª edición. *Editorial Médica Panamericana, México.*
- Delgado Lopez, V. (2012). Nutrición en el adulto y adulto mayor.
- Franco, N., Ávila, J., Ruiz, L., & Gutiérrez, L. (2007). Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. *Panamá Salud Púbilca*, 369-375.
- Genua, I. (2001). Nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano. . 12.
- Gómez, C., & Fernández, R. (2004). Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. 35-42.
- Guerra, M. (2003). Enfermedad de Alzheimer. . *Principios de Geriatria y Gerontología. Lima: Centro editorial UPCH*, 339-348.
- Hagberg, J. (1990). Ejercicio, fitness e hipertensión. 455-66.
- Lowenberg, M. (1985). *Los alimentos y el hombre. 3ª edición. Ed. LIMUSA. México.*
- Mangone, C., & R., A. (1997). Envejecimiento y función cognitiva. De la declinación al deterioro. . *Demencia: enfoque multidisciplinario*, 71-97.
- Mata, Y., Cruz, M., & Viera, C. (2009). Desnutrición En Pacientes Ingresados En El Servicio De Medicina, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona, Estado Anzoátegui, Julio-Diciembre Del 2009. . 28-39.
- OPS. (2003). Gula Clínica para Atención Primaria a las personas Adultas Mayores. 60-62.

- Paffenbarger, R., Hyde, R., Wing, & Stinmetz, C. (1984). Una Historia Natural de Atletismo y Salud Cardiovascular. 491-95.
- Powell, K., Thompson, P., Caspersen, C., & Kendrick, J. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annu. . Rev. Public Health* 8, 253-87.
- Rocken, M., Schaller, M., & Sattler, E. (2013). Dermatología, textos y atlas. Editorial Panamericana.
- Rodríguez VM, S. E. (2008). Bases de la Alimentación Humana. Ed Netbiblo.
- Rodríguez VM, S. E. (2008). Bases de la Alimentación Humana. Ed Netbiblo.
- Rodríguez, V. (2008). Bases de la Alimentación Humana. Ed Netbiblo.
- Sánchez de Medina, F., & Mataix-Verdú, J. (2002). “Bases metabólicas de la nutrición” . *Nutrición y Alimentación Humana. Madrid, El Océano/Ergon, Tomo 1. , 27-46.*
- Sedó, P. (2010). La atención nutricional – Adultos Mayores.
- Steen, B., Lundgren, B., & Isaksson, B. (1985). Body composition at age 70, 75, 79 and 81 years: a longitudinal population study. En Chandra RK, Nutrition, Immunity and Illness in the Elderly. New York. . 58-72.
- Valenzuela, V. (2015). Causas de una Mala Alimentación.
- Willet, W. (1998). Nutricional epidemiology. Second Edition. Oxford University Press, Oxford.