

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**NIVEL DE APOYO FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL DE  
LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE  
FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA  
VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA**

**JULIO 2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**LOPEZ HUAMAN CAROL STEFANY**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ICA – PERÚ**

**2018**

ASESORA: Mg. ROSARIO ANGÉLICA AROSTIGUE SIANCAS

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Por ser mí guía, porque nunca me dejo solo, por darme tantas cosas maravillosas, mil gracias Señor.

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista**

Por hacer de mí una gran persona, por formarme profesionalmente.

### **A la Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas**

Por brindarme las facilidades de poder realizar mi trabajo de tesis, donde viví experiencias inolvidables.

### **A mi asesora**

Por su apoyo incondicional, por brindarme su tiempo y apoyo para poder culminar mi trabajo de tesis.

## **DEDICATORIA**

A mi madre por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones, gracias por guiarme en el camino de la educación y por todo el apoyo que me brinda. A mi abuelo quien estuvo apoyándome siempre con cada sacrificio para lograr mi meta trazada.

## RESUMEN

**Introducción:** La etapa adulta mayor según sus características físicas y psicológicas requiere una especial atención, la población va envejeciendo y requiere cuidado, amor, alimentación especial. Es frecuente ver hoy en día, personas adultas mayores que presentan una vida sana y activa en todo sentido, realizan actividades como trabajar, hacer deporte; por otro lado también es común ver a las personas de esta edad en estado de abandono y con problemas nutricionales sin cuidado de sus familiares.

**Objetivo:** Determinar el nivel de apoyo familiar y el estado nutricional de los adultos mayores en la Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas de la Victoria San Joaquín, Ica julio 2017. **Metodología:** Estudio es cuantitativo, de diseño descriptivo y corte transversal. La técnica del estudio fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. La población estuvo constituida por los adultos mayores que viven en la Asociación de familias Damnificadas Las Lomas de la Victoria San Joaquín, que de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión fueron 54 adultos mayores; se utilizó un instrumento validado y confiable. **Resultados:** Respecto a la variable Nivel de apoyo familiar en la dimensión apoyo afectivo, los resultados predominantes fueron: En el 53.70% (29) resultó regular, 27.78% (15) deficiente y finalmente el 18.52% (10) resultó bueno, en la dimensión apoyo instrumental, el 64.81% (35) fue regular, el 18.52% (10) deficiente y el 16.67% (9) bueno. Respecto a la variable Estado nutricional se encontró en la dimensión indicadores antropométricos: sobrepeso 44.44% (24), normal 31.48% (17), delgadez en el 16.67% (9) y finalmente obesidad 7.41% (4). **Conclusión:** El nivel de apoyo familiar fue regular, aceptándose la hipótesis derivada 1 y el estado nutricional de los adultos mayores fue inadecuado según diagnóstico nutricional por lo que se acepta la hipótesis derivada 2.

Palabras clave: **Nivel de apoyo familiar, estado nutricional, adultos mayores**

## ABSTRACT

**Introduction:** The adult stage according to their physical and psychological characteristics requires special attention, the population is aging and requires care, love, special food. It is common to see today, older adults who have a healthy and active life in every way, perform activities such as work, play sports; On the other hand it is also common to see people of this age in a state of neglect and with nutritional problems without taking care of their relatives. **Objective:** To determine the level of family support and the nutritional status of the elderly in the Association of Damned Families Las Lomas de la Victoria San Joaquin, Ica, July 2017. **Methodology:** Study is quantitative, descriptive design and cross section. The technique of the study was the survey and the instrument the questionnaire. The population was constituted by the older adults who live in the Association of Damned Families Las Lomas de la Victoria San Joaquin, which according to the inclusion and exclusion criteria were 54 older adults; a validated and reliable instrument was used. **Results:** Regarding the variable Level of family support in the affective support dimension, the predominant results were: In 53.70% (29) it was regular, 27.78% (15) deficient and finally 18.52% (10) was good, in the instrumental support dimension, 64.81% (35) was regular, 18.52% (10) deficient and 16.67% (9) good. Regarding the variable Nutritional status, anthropometric indicators were found in the dimension: overweight 44.44% (24), normal 31.48% (17), thinness in 16.67% (9) and finally obesity 7.41% (4). **Conclusion:** The level of family support was regular, accepting the derived hypothesis 1 and the nutritional status of the elderly was inadequate according to nutritional diagnosis, so the derived hypothesis is accepted 2.

**Key words:** Level of family support, nutritional status, elderly

## PRESENTACIÓN

El apoyo familiar es fundamental para garantizar una buena calidad de vida del adulto mayor, porque de no haber una adecuada alimentación, se puede llegar a la malnutrición que puede acoger la aparición de múltiples enfermedades como: cardíacas, neurológicas y articulares. El estado nutricional proporciona importantes indicadores para determinar el estado general de los adultos mayores. Así mismo si se actúa en forma rápida y eficaz en la población, se logrará mejorar sus redes sociales y familiares en donde se podrá evitar el deterioro de la salud del adulto mayor.

El estudio tiene como objetivo: determinar el nivel de apoyo familiar y el estado nutricional de los adultos mayores en la Asociación de familias damnificadas Las Lomas de la Victoria San Joaquín Ica, julio 2017, cuyo propósito es que los resultados servirán para proporcionar información actualizada, a fin de promover acciones conjuntas y planes de intervención que permitan desarrollar actividades de enfermería en el bienestar de la población de estudio.

Esta investigación se encuentra organizada en 5 capítulos: **El capítulo I:** El problema, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación del problema y el propósito de estudio. **En el capítulo II:** Marco teórico, antecedentes, base teórica, hipótesis, variables y definición operacional de términos. **En el capítulo III:** Metodología de la investigación: tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. **En el capítulo IV:** Resultados y discusión. **En el capítulo V:** Conclusiones y recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>CARATULA</b>	i
<b>ASESORA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>PRESENTACIÓN</b>	vii
<b>ÍNDICE</b>	viii
<b>LISTA DE TABLAS</b>	x
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	xi
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
I.a. Planteamiento del problema	13
I.b. Formulación del problema	16
I.c. Objetivos:	16
I.c.1. Objetivo General	16
I.c. 2. Objetivo Específico	16
I.d. Justificación	16
I.e. Propósito	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
II.a. Antecedentes bibliográficos	18

II.b. Base teórica	24
II.c. Hipótesis	42
II.d. Variables	43
II.e. Definición Operacional de términos	43
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
III.a. Tipo de estudio	44
III.b. Área de estudio	44
III.c. Población y muestra	44
III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
III.e. Diseño de recolección de datos	45
III.f. Procesamiento y análisis datos	46
<b>CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
IV.a. Resultados	48
IV.b. Discusión	54
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
V.a. Conclusiones	58
V.b. Recomendaciones	59
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	60
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	67
<b>ANEXOS</b>	68

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
<b>TABLA 1</b>	DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>48</b>
<b>TABLA 2</b>	NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN APOYO AFECTIVO DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>90</b>
<b>TABLA 3</b>	NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN APOYO INSTRUMENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>90</b>
<b>TABLA 4</b>	NIVEL DE APOYO FAMILIAR GLOBAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>91</b>
<b>TABLA 5</b>	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>91</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

<b>GRÁFICO 1</b>	NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN APOYO AFECTIVO DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>50</b>
<b>GRÁFICO 2</b>	NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN APOYO INSTRUMENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>51</b>
<b>GRÁFICO 3</b>	NIVEL DE APOYO FAMILIAR GLOBAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>52</b>
<b>GRÁFICO 4</b>	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017.	<b>53</b>

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>	
<b>ANEXO 1</b>	Operacionalización de variables	69
<b>ANEXO 2</b>	Instrumento de recolección de datos	71
<b>ANEXO 3</b>	Prueba binomial	76
<b>ANEXO 4</b>	Tabla de código de respuestas	77
<b>ANEXO 5</b>	Confiabilidad del instrumento	80
<b>ANEXO 6</b>	Escalas de stanones	81
<b>ANEXO 7</b>	Tabla matriz 1° variable	84
<b>ANEXO 8</b>	Tabla matriz 2° variable	87
<b>ANEXO 9</b>	Tabla de frecuencia y porcentaje	90
<b>ANEXO 10</b>	Consentimiento informado	92
<b>ANEXO 11</b>	Tabla de valoración nutricional del adulto mayor	93

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

“Según las Naciones Unidas en el año 2017, hubo 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, un 13% de la población mundial. Europa es la región con más personas pertenecientes a este grupo, aproximadamente un 25%. Ese grado de envejecimiento de la población también llegará a otras partes del mundo para 2050, con excepción de África. Ya para 2030, se estima que serán 1400 millones de personas de edad avanzada en el mundo.”

En relación con las personas que superan los 80 años, “se calcula que se triplicará en poco más de 30 años y se multiplicará por siete en poco más de siete décadas: de 137 millones en 2017 pasarán a 425 millones en 2050 y a 3100 millones en 2100.”<sup>1</sup>

En España en el año 2014; “1 de cada 3 adultos mayores está en riesgo nutricional, cerca del 35% de la población adulta mayor que vive en su hogar está en riesgo nutricional y un 7% esta desnutrido.”<sup>2</sup>

Según las cifras del Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (ESDEM) “en el 2013 muestra que 42.9% de los adultos mayores residentes en el Estado de México reciben algún tipo de ayuda por parte de familiares, vecinos o amigos; mientras que las personas mayores que otorgan algún tipo de ayuda constituyen 16.3%.” En el grupo estudiado, las mujeres dan y reciben más apoyo que los varones, pues del porcentaje de adultos mayores que recibe apoyo; 64% son mujeres y 36% varones; en tanto que de las personas mayores que dan apoyo 67% son mujeres y 33% son varones.<sup>3</sup>

Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81 años, es decir 21 años más. “En las últimas cinco décadas, se ganaron en promedio más de 20 años. En las Américas, más del 80% de las personas que nacen hoy vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80 años. En el 2025, habrá aproximadamente 15 millones de personas de más de 80 años en la región. El país con la población más envejecida de la región de las Américas es Canadá. Sin embargo, proyecciones basadas en datos de la División de Población de las Naciones Unidas indican que en menos de una década, países como Cuba, Barbados y Martinica superarán a Canadá.”<sup>4</sup>

El adulto mayor es afectado en un principio con un apoyo familiar de 40%, es decir se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar.<sup>5</sup>

“Una encuesta europea habla sobre la salud donde el 23,6% de personas mayores tiene obesidad, y otro 45% sobrepeso. Significa que tienen un índice de masa corporal por encima de 25; sobrepeso, 25-29, 9; obesidad, 30 y más. Hasta la vejez, los hombres tienen mayores proporciones de obesidad que las mujeres; a partir de los 65 años, el 25,6% de las mujeres y el 21,3% de los hombres tienen obesidad.”<sup>6</sup>

Del 2012 al 2015 en Colombia murieron 3899 adultos mayores por desnutrición.<sup>7</sup>

“El Ministerio de Salud, desde el año 2013, viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, formando parte de este, el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que en el nivel de atención primaria (centros y puestos de salud), está orientado a la prevención y promoción de la salud; el desarrollo de este modelo es aún gradual y se vienen realizando diversas actividades de diagnóstico situacional y capacitación al personal en las

diferentes Direcciones de Salud”, por ello es necesario el apoyo familiar que la población le pueda brindar a los adultos mayores, propiciando una mayor comunicación a nivel familiar.<sup>8</sup>

“La adaptación a los cambios y pérdidas que van surgiendo con el envejecimiento hacen que sea imprescindible que el adulto mayor encuentre personas en quienes confiar y apoyarse; por lo que la familia es la principal red de apoyo por ser la unidad básica de la sociedad y el lugar donde se forman los lazos de afecto, valores y cooperación entre sus miembros.”<sup>9</sup>

Se realizó una investigación en el “Programa Vaso de Leche de La Municipalidad de La Tinguña en el año 2015 donde el 40% de adultos mayores fue víctima de violencia por parte de sus familiares, siendo el 25% del sexo femenino afectando su estado emocional; afirman que son los hijos y la pareja quienes ejercen esta violencia contra los adultos mayores, por lo que las relaciones sociales que establecen con los padres del grupo que integran son inadecuadas”, se aíslan, no participan de las actividades recreativas, deportivas y educativas, dificultando su integración y aceptación social.<sup>10</sup>

La enfermera “juega un rol importante para desarrollar estrategias que busquen el involucramiento de la familia hacia el cuidado y protección de la persona adulta mayor.”

Al interactuar con los adultos mayores en La Asociación de Familias Damnificadas de Las Lomas de La Victoria en San Joaquín Ica, se identificó que la mayoría vive con sus hijos y conyugues y al preguntarles cómo es el apoyo que reciben de ellos, refirieron expresiones como: “Mis hijos no me ayudan”, “Estoy solo”, “No se preocupan por mí”, “se aburren de mí” entre otras expresiones. Por lo que se formula la siguiente interrogante:

## **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de apoyo familiar y el estado nutricional de los adultos mayores en la Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas de La Victoria, San Joaquín Ica julio 2017?

## **I.c. OBJETIVOS**

### **I.c.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de apoyo familiar y el estado nutricional de los adultos mayores en la Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas de la Victoria, San Joaquín Ica julio 2017.

### **I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

#### **OBJETIVO ESPECIFICO 1:**

Identificar el nivel de apoyo familiar de los adultos mayores en la Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas de La Victoria, San Joaquín Ica julio 2017, según sea:

- Apoyo afectivo
- Apoyo instrumental

#### **OBJETIVO ESPECIFICO 2:**

Identificar el estado nutricional de los adultos mayores en la Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas de La Victoria, San Joaquín Ica julio 2017, según sea:

- Diagnostico nutricional

## **I.d. JUSTIFICACIÓN**

El apoyo familiar y el estado nutricional juegan un papel muy importante en la salud de las personas adultas mayores convirtiéndose en mecanismos naturales de ayuda, afecto, seguridad, independencia y soporte para la crisis de la vida y trastornos depresivos. Por ello la intervención de enfermería debe estar

orientado al entorno familiar, tener mayor comunicación, así como verificar y fomentar los vínculos de convivencia e intimidad en la Asociación de Familias Damnificadas “Las Lomas” de la Victoria.

Desde la perspectiva de la salud pública el problema de los adultos mayores tiene importancia social indiscutible, donde a través del diagnóstico del estado nutricional y seguimiento en busca del apoyo familiar en su hogar se podrán revertir, disminuyéndose las consecuencias en su salud y estado general.

#### **I.e. PROPÓSITO**

Los resultados de la investigación servirán para proporcionar información sobre el nivel del apoyo familiar y estado nutricional en los adultos mayores de La Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas que corresponden jurisdiccionalmente al Centro de Salud San Joaquín.

Los resultados hallados se harán llegar al establecimiento para que tomen las medidas oportunas que puedan mejorar las condiciones de vida y el estado nutricional de los adultos mayores encuestados, también permitirá que el personal de enfermería tenga una mejor visión sobre la problemática y pueda emplear las estrategias educativas y promocionales correspondientes al caso para generar la protección a las familias y su autocuidado de ellos mismos. Para ello se requiere involucrar a los miembros de las familias hacia la reflexión y sensibilización de la importancia que constituye el apoyo familiar.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Alcívar M, Gutiérrez J. En el año 2016 realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal con el objetivo de determinar el **ESTADO NUTRICIONAL Y HÀBITOS ALIMENTICIOS DEL ADULTO MAYOR JUBILADOS, DE LA “ASOCIACIÓN 12 DE ABRIL” CUENCA, 2016**. “La técnica de investigación fue la observación y recolección de información se utilizó como instrumentos: 2 formularios: MNA (Mini Nutricional Assessment), y Consumo de Hábitos y Prácticas Alimentarias. Resultados: En los adultos mayores jubilados de la “Asociación 12 de Abril” se encontró que en formulario MNA, (Mini Nutricional Assessment) el 95% están en un estado nutricional normal, seguido 3% presentan riesgo de malnutrición, 2% tienen malnutrición. Sin embargo, según la clasificación de la OMS, (Organización Mundial de la Salud) el estado nutricional de 45% encuestados tiene un peso normal, mientras 35% están con sobrepeso y 15% con obesidad. Dentro de los hábitos alimentarios 97% ingiere agua, 71,6% consume comida rápida, y 60% ingieren pan. Conclusión: Los hábitos alimenticios influyen en el estado nutricional de los adultos mayores de la “Asociación 12 de Abril”, puesto la presente investigación el 45% se encuentra con peso normal acuerdo a la clasificación la OMS.”<sup>11</sup>

Merodio Z, Rivas V, Martínez A. En el año 2015 realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, cuyo objetivo fue determinar la **PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR Y LAS DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA DIABETES EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSET MEXICO**. “La muestra estuvo constituida por 113 adultos mayores con diabetes. Se utilizó la Escala de Redes de Apoyo

Social para los Adultos Mayores (ERASAM) y cuestionarios para identificar las áreas problema de la diabetes (PAID-1 Y PAID-2). Los datos se procesaron con el SPSS. Resultados: 69.9% mujeres y 30.1% varones, promedio de edad de 66 años (DE=7.10), estado civil: 63.7% casados; 85% tiene vivienda propia. Las redes de apoyo de los adultos mayores; 68.1% cuenta con esposo (a), todos tienen hijos, el 93.8% con familiares próximos (parientes, 22 hermanos, sobrinos y primos); en la red informal extra familiar 92.9 % cuenta con amigos y 9% por un grupo comunitario. En relación a los problemas con la diabetes: 49.6% de los adultos mayores se preocupan por los problemas del futuro; 42.5% no realiza actividades físicas de manera suficiente; 29.2% refiere tener vigilancia estricta de familiares, 24.8% realiza consultas poco frecuentes y breves 64.7% de los varones y el 60.8% de mujeres tienen glucosa descontrolada. Estos hallazgos refieren que las mujeres, a diferencia de los varones, controlan la glucosa inmediatamente después que fueron diagnosticadas. Conclusiones: En el estudio el promedio de edad de los adultos mayores fue de 66 años, existe mayor predominio en el sexo femenino, se ha confirmado que el mejor apoyo lo reciben los varones, comparado con el bajo soporte familiar concerniente a las mujeres esto influye en el aspecto cultural del pueblo.”<sup>12</sup>

Guzmán L. En el año 2016 realizó una investigación cuantitativa, descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el **GRADO DE APOYO FAMILIAR QUE PERCIBE EL ADULTO MAYOR USUARIO DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL DE LIMA METROPOLITANA**. “Se desarrolló en una población muestral de 47 adultos mayores registrados en el club del adulto mayor “la edad de Oro” del Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario tipo Likert adaptado, el cual fue formulado por la autora y validado por ocho jueces de expertos en una tabla de concordancia con un nivel de significancia de 0.008. Resultados: De los 47 adultos mayores encuestados, la edad promedio fue de 67 años; respecto al sexo,

predomina el sexo femenino en 66%; referente al tipo de familia, es la familia extensa la de mayor proporción 48.9%. Respecto al grado de apoyo familiar percibido por el adulto mayor, los resultados muestran que la mayoría percibe este apoyo como parcialmente suficiente 36.2%; e insuficiente 31.9%. En cuanto al tipo de apoyo familiar, la mayoría percibe apoyo instrumental como suficiente 42.6%; las dos quintas partes percibe el apoyo emocional como parcialmente suficiente 40.4% y más de la tercera parte percibe el apoyo informativo como insuficiente 38.3%. Conclusiones: El grado de apoyo familiar percibido por los adultos mayores usuarios del establecimiento de salud sede de estudio, es parcialmente suficiente, siendo este un índice no positivo para ellos, puesto que el no percibir un apoyo familiar suficiente, constituye un riesgo en el curso adecuado del envejecimiento de la persona y en su calidad de vida. Respecto a los tipos de apoyo, el apoyo emocional percibido por los adultos mayores es parcialmente suficiente, el apoyo instrumental es percibido como suficiente y el apoyo informativo como suficiente.”<sup>13</sup>

Manosalva K. En el año 2015, realizó una investigación cuantitativa. descriptivo-correlacional con el objetivo de determinar **EL APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR HOSPITAL REGIONAL DE DOCENTE DE TRUJILLO.** “Se realizó durante el mes de enero del 2015, en el Programa de Atención Integral de Salud del Hospital Regional Docente de Trujillo, con el propósito de determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y el nivel de depresión en ellos. El universo muestral estuvo constituido por 100 adultos mayores a quienes se les aplicó dos instrumentos: apoyo familiar y nivel de depresión. Resultados: se presentan en tablas de una y doble entrada, con frecuencias numéricas y porcentuales, de los cuales se obtuvo lo siguiente: 78% de adultos mayores presentan apoyo familiar regular, el 20% bueno y el 2% malo. Por otro lado el 78% de adultos mayores no tienen depresión, el 20% depresión leve y el 2% depresión moderada. De allí que el 64% tienen apoyo familiar regular presentan

nivel leve de depresión. Conclusiones: Se aplicó la prueba de independencia de criterios (Chi-Cuadrado) el cual evidencia que existe relación significativa entre el apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor del programa de atención integral de salud del Hospital Regional Docente de Trujillo 0,05 ( $p = 0.039$ ).”<sup>14</sup>

Zanabria M. En el año 2015 realizó una investigación de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal con el objetivo de determinar **LA RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE PAUCARCOLLA – PUNO**. “Se utilizó el método del cuestionario y la evaluación nutricional, la técnica de la entrevista y antropométrica; y como instrumento se elaboró una encuesta de escalas de estilo de vida, para las mediciones antropométricas, la balanza digital, tallímetro, cinta métrica y el bioimpedanciómetro. La prueba estadística fue la Ji cuadrado de Pearson, el cual permitió relacionar las variables: Estilo de vida con el estado nutricional. Resultados: El 20% del total de los adultos mayores presenta estilos de vida saludable y el 80% presenta estilos de vida no saludable, siendo el predominante. Según el IMC, se obtuvo que el 32.72% presenta delgadez, el 47.30% presenta un IMC normal, 13.62% presenta sobrepeso y el 6.36% presenta obesidad; al respecto de la grasa corporal, el 16.36% presenta un porcentaje de grasa corporal bajo, el 44.54% presenta un porcentaje de grasa corporal normal, el 23.63% presenta un porcentaje de grasa corporal alto y el 15.45% presenta un porcentaje de grasa corporal muy alto. Asimismo, el 23.63% presenta perímetro abdominal bajo, el 29.09% presenta perímetro abdominal alto y el 47.28% presenta perímetro abdominal muy alto. Conclusiones: Por último al relacionar la variable estilos de vida con el estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula. Por lo que, los estilos de vida si tiene relacion con el índice de masa corporal, grasa corporal y perímetro abdominal.”<sup>15</sup>

Jorge J. En el 2014 realizó una investigación descriptivo, de tipo prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar los **ESTILOS DE VIDA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL GERONTO DEL PROGRAMA DEL**

**ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES DE VILLA CHORRILLOS.** “La población de estudio estuvo conformada por 70 adultos mayores de 60 años a más que asisten regularmente al programa del adulto mayor quienes se aplicó dos instrumentos. Escala de estilo de vida y la tabla de Valoración Nutricional del adulto mayor. Resultados: el 61% de los adultos mayores tienen estilos de vida no saludable y el 39% son saludables. Respecto al estado nutricional del adulto mayor se encontró que el 48% es normal. 31% tiene sobrepeso, 11% tiene delgadez, 6% obesidad. Las conclusiones fueron la mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida saludable lo cual no es beneficioso para la salud por los inadecuados hábitos alimenticios, falta de responsabilidad en salud y la falta del apoyo familiar.”<sup>16</sup>

Hilario A. En el año 2016 realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal con el objetivo de determinar los **HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA HH VIRGEN ASUNTA GUADALUPE ICA.** “La muestra estuvo constituida por 78 adultos mayores varones tomados a través del muestreo no probabilístico intencional, según criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Se obtiene un consolidado global respecto a los hábitos alimentarios de los adultos mayores que son inadecuados en el 67% y es adecuado solo en el 33%. Respecto al variable estado nutricional de los adultos mayores según el índice de masa corporal es normal en 74%, seguido del 13%, con desnutrición, el 9% con diagnóstico de sobrepeso y finalmente el 4% presentan obesidad según resultados obtenidos. Conclusiones: Los hábitos alimentarios en adultos mayores es adecuado por lo que se rechaza la hipótesis y el estado nutricional es normal porque se acepta hipótesis planteada.”<sup>17</sup>

Gonzales M. En el año 2017 realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el **APOYO FAMILIAR Y PERCEPCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL ANEXO SAN FRANCISCO DEL DISTRITO DE SANTA CRUZ PALPA, ICA MAYO**. “La población de estudio conformada por 100 adultos mayores, la muestra de estudio fueron 45 adultos mayores de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Según los datos generales el 37.7% son de 76 años a más, el 58% son de sexo femenino, el 42% son convivientes y el 47% son jubilados. Respecto al apoyo familiar hacia el adulto mayor según dimensión física está en menor valor porcentual en un 62% y mayor valor porcentual 38%,según dimensión emocional está en menor valor porcentual en un 69% y mayor valor porcentual 31%,según dimensión económica está en menor valor porcentual en un 84% y mayor valor porcentual 16%,según dimensión social está en menor valor porcentual en un 67% y mayor valor porcentual 33%;por lo tanto el apoyo familiar está en menor valor porcentual en un 58% y mayor valor porcentual 42%. La percepción del estado emocional según Escala de Afectividad Panas; es negativa 56% y positiva 44%. Conclusiones: El apoyo familiar está en menor valor porcentual y la percepción del estado emocional es negativa en los adultos mayores.”<sup>18</sup>

**Los estudios de investigación empleados como antecedentes en la investigación, han aportado información importante sobre el problema del nivel de apoyo familiar y el estado nutricional, de los cuales se obtiene resultados importantes que indican que existen problemas nutricionales y de falta de apoyo familiar en el ámbito comunitario de los adultos mayores, permitieron compartir, afirmar o rechazar algunos resultados. También han sido útiles para mejorar el aspecto metodológico de la investigación.**

## **II.b. BASE TEÓRICA**

### **NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

El apoyo familiar “es la acción fundamental que se refiere a las demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo por parte de la familia. Implica poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias además de sentimientos negativos, también ayuda a reducir el malestar emocional permitiendo mejorar las relaciones interpersonales.”

Es el apoyo que proporciona la familia a la persona para adaptarse al proceso de su enfermedad, aquellas acciones tanto desde el punto de vista físico como emocional que brindan un soporte durante el proceso salud enfermedad.

#### **El apoyo familiar percibido**

El apoyo familiar percibido “está entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros, es decir, la percepción de que es amado y estimado por los demás, supone una acción que promueve la salud y alivia el impacto de las enfermedades crónicas. Este ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud, ya que facilita al enfermo la integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad, promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación.”

El paciente y su familia deben ser considerados como una unidad, proporcionándoles una atención integral e individualizada que tenga en cuenta las necesidades de los mismos a todos los niveles físicos emocionales y espirituales.

“El objetivo final del apoyo familiar es que los familiares logren la comprensión profunda de la enfermedad que padecen los adultos mayores así como su impacto físico como emocional, de forma que puedan encontrar un equilibrio del cuerpo, la mente y el espíritu, para que correlacione y se logre mantener la calidad de vida, para elegir todo aquello que es saludable. El éxito del apoyo familiar que se le brinda al enfermo se refleja en la evolución de su estado de ánimo, su disposición a seguir sus

cuidados.”<sup>19</sup>

“El apoyo familiar consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas: Proporciona vivienda y dieta adecuada, enseña las bases de la higiene. De hecho, la mayoría de los problemas sanitarios son resueltos sin recurrir a los servicios médicos y una parte importante de las soluciones son aportadas dentro de la unidad familiar.”<sup>20</sup>

### **Apoyo familiar**

El apoyo de la familia “cubre aspectos materiales (alimentación, vivienda, medicamentos, entre otros) de las necesidades de sus miembros, sino también los aspectos espirituales (educación, solidaridad, afecto, seguridad, comunicación, atención, socialización, etc.). Es sobre todo en relación a estos últimos, que la familia se convierte más que en un conglomerado de personas con funciones meramente asistenciales, en una comunidad de amor y de vida en la que cada uno de sus miembros se siente acogido, respaldado y seguro.” En ese sentido, el apoyo familiar proporciona al ser humano los bienes necesarios para desarrollarse adecuadamente y previene o corrige las situaciones que puedan afectar dicho desarrollo “La familia es, por tanto, la primera unidad social en la que cada ser humano adquiere conciencia del valor de su existencia y, por ende, de la importancia del respeto de su dignidad como persona humana. De este modo, en una familia que puede cumplir adecuadamente sus funciones, se garantiza la protección de los derechos de sus miembros y el acceso a condiciones de vida adecuadas. Por tanto, teniendo en cuenta la solidaridad y cuidado de sus miembros entre sí, se minimiza la aparición de situaciones negativas. Es decir, la familia como institución intermedia entre el individuo y la sociedad, es la comunidad que, a través de la solidaridad como forma de vida, protege y educa a sus miembros para su proyección en la vida social. Y ésta conjunción de funciones es una labor que sólo puede ser cumplida naturalmente por ella y que no puede ser sustituida sin que lleve consigo una afectación para sus miembros.”<sup>21</sup>

## **Familia**

La familia constituye el sistema de apoyo más importante para los adultos mayores. Más aún, la familia proporciona el contexto social dentro del cual se produce y se resuelve la enfermedad, por consiguiente, hace las veces de unidad primaria de cuidados de salud también favorece el desarrollo biopsicosocial de sus integrantes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Papalia afirman que “la familia es la fuente principal del apoyo tanto emocional como de seguridad, constituyendo un mecanismo natural de atención, apoyo, cuidado y afecto”. Considerando la vulnerabilidad o fragilidad que acontecen con la edad, la familia juega un papel relevante al preveer los cuidados y la atención a los adultos mayores.<sup>22</sup>

Un ambiente familiar “de afecto, cariño y atención es favorable para la salud. Un estudio realizado sobre la familia y el adulto mayor concluyó que las familias necesitan estar preparadas y sensibilizadas para la convivencia y atención de sus adultos mayores y como consecuencia del proceso de transición demográfica que vive el mundo de hoy, esta afirmación debería tenerse en cuenta y comenzar iniciativas que mejoren las condiciones de los adultos mayores.”<sup>23</sup>

### **Importancia del apoyo familiar**

Como se sabe, “el papel familiar juega un papel muy importante en el proceso del envejecimiento y en la vida del adulto mayor, ya que los hijos constituyen las principales fuentes de ayuda. Para el adulto mayor la ayuda de su familia es lo más importante, y más aún la ayuda de sus hijos.”

El papel familiar constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor, “porque es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de adultos mayores que sufren de problemas fisiológicos o

psicológicos. Para los adultos mayores lo más importante es el potencial de relación con sus familiares y ayuda, la conciencia y saber de qué existe una persona en quien confiar y relevante a quien acudir en caso de necesidad o problemas”.

También se dice que la familia es el recurso más importante, ya que uno tiene un lugar en el ámbito de relaciones socio afectivas, porque es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrece sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.<sup>24</sup>

### **Las relaciones entre abuelos, e hijos pueden estudiarse en función de cinco dimensiones:**

- **Solidaridad asociativa:**

“En la actualidad se está desarrollando un tipo de familia extendida basada en la comunicación y en las relaciones más que en el hecho de vivir bajo el mismo techo. Son frecuentes las interacciones entre los miembros de la familia y sus adultos mayores, aunque no vivan bajo el mismo techo.”

- **Solidaridad afectiva:**

“Los datos disponibles indican que se dan niveles altos de afecto entre los padres que envejecen y sus hijos, tal como lo manifiestan ambas generaciones. Estos niveles de afecto disminuyen ligeramente con el tiempo en función de la salud de los padres. Estos son, precisamente, quienes manifiestan niveles más altos de afecto hacia los hijos, en vez de lo contrario. Parece ser que las interacciones familiares durante la vejez se caracterizan por la proximidad, el afecto y la satisfacción en la interacción.”

- **Solidaridad de consenso:**

“Los valores y creencias sobre temas externos a la familia no convergen con la edad de las personas. En una investigación sobre valores religiosos, políticos y asociados al género se encontró que, con la edad los hijos influían cada vez más sobre las actitudes de los padres (Rossi y Rossi, 1990).”

- **Solidaridad funcional:**

“Se refiere a las tareas de cuidados mutuos que se comparten. La dirección del apoyo no va exclusivamente de los hijos a los padres en las actividades de la vida diaria y en el apoyo de su salud. En muchos casos los padres son las principales fuentes de ayuda, en algunos estudios se ha encontrado que el apoyo económico y emocional se dirige fundamentalmente de padres a hijos.”

- **Solidaridad normativa:**

“Aunque las personas mayores no esperan recibir ayuda se han encontrado niveles altos de responsabilidad filial en las familias contemporáneas. Existe una gran heterogeneidad en las normas de responsabilidad filial. Las expectativas sobre el contacto, el afecto, el acuerdo y la ayuda entre generaciones varían de un grupo a otro.”<sup>25</sup>

### **La familia como sistema de apoyo**

La familia “es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos. Es un elemento que la enfermera deberá tener en cuenta en el proceso de cuidados”. La familia tiene unas características que ayudan a su definición:

“El grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él.”

“En la familia se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, sexo, etc.”

“La familia es un conjunto de partes o unidades que conforman un todo complejo y estructurado.”

“En la familia, los miembros constituyen las unidades que forman subsistemas (subsistema conyugal, subsistema hermanos, subsistema abuelos) que configuran el sistema familiar.”

La familia “transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad, que el individuo asume como propios.”

La familia en los primeros años de vida de sus miembros establece contactos e intensos lazos con un grupo reducido de personas, la familia es una relación primaria sin la cual sería imposible sobrevivir.<sup>26</sup>

### **Envejecimiento en el ser humano**

El envejecimiento se ha definido como el conjunto de cambios estructurales y graduales que se produce con el paso del tiempo, que no son debidos a enfermedad o accidente y que eventualmente conducen a la muerte. Debido al envejecimiento los adultos saludables se convierten en débiles, con una disminución en las funciones fisiológicas y un aumento de la vulnerabilidad, lidiando muchas veces con la proximidad a la muerte, duelos, etc.<sup>27</sup>

“Lamas señala que la vejez, supone un conjunto de modificaciones físicas, psicológicas, afectivas y sociales sujetas al tiempo vivido que implica necesidad de adaptación, ya que el cambio en sí mismo es conflictivo porque plantea nuevas exigencias que deben enfrentar. El envejecimiento representa una crisis del desarrollo desencadenado por condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social y cultural”, algunos aceptan los cambios como sucesos normales del desarrollo y con potencial para fortalecer y enriquecer la vida, otros reaccionan con ansiedad, estrés y temor, derivando en consecuencia en una serie de alteraciones psicosomáticas, entre ellas la soledad y la depresión.<sup>28</sup>

### **Apoyo afectivo:**

Es una de las funciones más importantes, para englobar “aspectos como: compartir sentimientos, pensamientos y experiencias, disponibilidad para hablar con alguien y expresarse emocionalmente de manera confiable, sentimientos de ser querido, amado y cuidado por sus familiares.”

El apoyo afectivo “es de gran relevancia para satisfacer las necesidades emocionales de los adultos mayores, de sentirse valorado, respetado y aceptado por los demás, cumpliendo un papel muy importante en el fomento y mantenimiento de la salud y bienestar.”<sup>29</sup>

### **Apoyo Instrumental**

Este apoyo consiste en el “suministro de bienes, materiales y servicios que contribuyen en la solución de problemas y mejoran la condición de vida del adulto mayor. Está referido a las conductas que ayudan directamente a la persona adulta mayor e implica un flujo de recursos monetarios y no monetarios. Entre ellos, se encuentra: la alimentación, vestido, alojamiento y salud, que a la vez estos se den en las condiciones deseadas, resultando saludables para el adulto mayor.”<sup>30</sup>

El artículo 9 de la ley N° 28803, establece a la persona adulta mayor como sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en enfermedades de carácter terminal, el Ministerio de Salud “registra un paquete integral de atención para la etapa de vida del adulto mayor, la importancia de contar con un aseguramiento para el adulto mayor así como un control médico periódico para prevenir y/o detectar precozmente patologías y para educarlos.”<sup>31</sup>

“Otro aspecto importante es procurar un ambiente cómodo para el adulto mayor. La atención al adulto mayor defiende que el domicilio se constituye en el mejor medio local para envejecer, ya que suponen posibilidades de garantizar la autonomía y preservar su identidad y dignidad.”<sup>32</sup>

### **ESTADO NUTRICIONAL**

El estado nutricional “es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. La evaluación del estado nutricional será el efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halla un individuo según las modificaciones nutricionales evaluadas que se hayan podido afectar.”<sup>33</sup>

El estado nutricional, pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Existen varios métodos para evaluar el estado nutricional, con ellos es posible detectar a individuos que se encuentran en situación de riesgo nutricional. “La valoración del estado nutricional en geriatría tiene como objetivos el diagnóstico y despistaje evidentes o de curso subclínico que, a menudo, pasan desapercibidas en exploraciones no específicas, así como determinar la existencia de riesgo por lo que permite una intervención nutricional precoz.”<sup>34</sup>

### **Estado nutricional en el adulto mayor**

El estado nutricional “está relacionado con el propio proceso de envejecimiento, al mismo tiempo está influenciado por el estado nutricional. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales, en donde aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias, y coexisten enfermedades crónicas y agudas. Asimismo, el estado nutricional del adulto mayor se relaciona con el deterioro de sus capacidades funcionales. De acuerdo a esto, en caso de verse afectado cualquiera de estos elementos, se pone en riesgo la situación nutricional de los adultos mayores. Por ejemplo: si un adulto mayor tiene una funcionalidad limitada, difícilmente podrá alimentarse por sí mismo, necesariamente dependerá de terceras personas y, si vive solo, será aún más difícil que se alimente, por lo que correrá mayor riesgo de desnutrirse o mantenerse en sobrepeso.”<sup>35</sup>

“Los problemas de desnutrición, sobrepeso u obesidad en los adultos mayores son muy comunes. La prevalencia de desnutrición es de 1 al 15% en los pacientes ambulatorios, de 17 a 70% en los hospitalizados y hasta 85% en los que están en asilos. Estos porcentajes se incrementan a medida que se van asociando otros factores de riesgo, como los socioeconómicos, situación familiar y redes de apoyo social.”<sup>36</sup>

## **Valoración del estado nutricional del adulto mayor**

La valoración del consumo alimentario en relación con algunas normas fijadas ayuda a identificar el riesgo. “Una adecuada valoración geriátrica integral tiene como principal objetivo mantener un óptimo estado físico, psíquico y de salud durante el envejecimiento interviniendo en la nutrición.” Diversos estudios encuentran que “la evaluación nutricional en adultos se realiza poco o no lo realizan a pesar de la alta prevalencia de desnutrición o sobrepeso, con la finalidad de intervenir con una terapia nutricional en pacientes adultos mayores en donde se ha demostrado no solo una mejoría de los parámetros nutricionales sino una disminución de las complicaciones relacionadas con la enfermedad.”<sup>37</sup>

La mejor manera de revertir los efectos del envejecimiento y las enfermedades degenerativas asociadas a la edad, es a través de: ejercicio físico, dieta nutritiva y balanceada. Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de masa corporal (IMC).

### **Indicadores antropométricos**

“Los indicadores antropométricos son métodos prácticos y económicos con los que se obtiene una evaluación general de los cambios en las dimensiones corporales, relacionado con la edad, así como su influencia en el estado de nutrición y el riesgo de morbilidad y mortalidad.”

**Talla.** “La reducción es una de las alteraciones más obvias en los adultos mayores, que se manifiesta a partir de los 50 años de edad y es progresiva de los 30 a los 70 años. En los hombres el promedio de pérdida es de 3 cm. y en mujeres de 5 cm. Esta pérdida de talla tiene implicaciones cuando se calcula el índice de masa corporal y se estima el riesgo y complicaciones, es probable que aumenta con la edad, sea un factor que contribuye a la reducción en la talla.”<sup>38</sup>

**Peso.** “Es un indicador necesario pero no suficiente para medir composición corporal. Sin embargo la comparación del peso actual con pesos previos permite estimar la trayectoria del peso, información útil ya

que es predictora de discapacidad. La pérdida de 3 Kg. en 3 meses alerta a buscar una evaluación completa porque debe haber un proceso patológico presente.”

El peso “se ve afectado con el envejecimiento, disminuye después de los 65 o 70 años de edad. Es importante conocer los cambios en el peso corporal para evaluar un posible riesgo de desnutrición u obesidad (lo cual implica alteraciones del estado de nutrición y salud).”<sup>39</sup>

**Índice de masa corporal.** Es el proceso corporal usado habitualmente para clasificar el estado nutricional, para verificar el aumento o descenso de la estatura y desarrollo corporal.<sup>40</sup>

**Clasificación de la valoración nutricional de los adultos mayores según el Índice de masa corporal:**

Delgadez:  $\leq 23$

Normal: 23 a 28

Sobrepeso:  $> 28 - < 32$

Obesidad:  $\geq 32$

“La clasificación de la valoración nutricional con el índice de masa corporal referencial en esta etapa de vida es importante debido a que las modificaciones corporales que ocurren durante el proceso de envejecimiento, afectan las medidas antropométricas como el peso, la talla requiriendo que la persona adulta mayor sea evaluada de manera integral.”<sup>41</sup>

## **ADULTO MAYOR**

Adulto mayor “es un término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o adultos mayores.”<sup>42</sup>

El envejecimiento “es un proceso lento, endógeno, intrínseco, progresivo e irreversible, que reúne características muy específicas. Producido por cambios bioquímicos que alteran la fisiología del organismo, ocasionando disminución de las capacidades del individuo para adaptarse a estos cambios y a los relacionados con el entorno en el que se desenvuelve. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes.”

“Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.”

Los cambios fisiológicos se producen a nivel de todos los órganos y sistemas expresándose en:

“Deterioro del aspecto físico expresado a través de los cambios en el pelo, las uñas, la distribución de la grasa y la masa muscular.”

“Deterioro cognitivo con afectación de la atención, percepción, memoria, inteligencia, capacidad de análisis, síntesis y juicio crítico, que limitan la iniciativa y la creatividad del individuo.”

“Deterioro del resto de los órganos internos con disminución de su funcionamiento y la aparición de diferentes enfermedades que ocasionan limitaciones, sufrimiento y que pudieran evolucionar a la muerte.”

En el ambiente socio-familiar del individuo se producen una serie de cambios y pérdidas con repercusión afectiva.<sup>43</sup>

### **Clasificación según la Organización Panamericana de la Salud**

Los adultos mayores se clasifican en tres grandes grupos:

- a) Persona adulta mayor autovalente: Es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, que son actividades tales como: cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad.
- b) Persona adulta mayor frágil: Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a enfermarse o de sufrir algún tipo de discapacidad.
- c) “Persona adulta mayor dependiente o postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.”<sup>44</sup>

### **Rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor**

Las intervenciones de enfermería están dirigidas a conseguir un estado nutricional correcto promoviendo una conducta que fomente la salud a través de la nutrición. La clasificación de las intervenciones enfermeras, según la enfermería basada en la evidencia está desarrollada de acuerdo a las actividades enfocadas al cuidado.

Al desarrollarlas las enfermeras realizan todas las actividades necesarias para:

- “Valorar las necesidades nutricionales en la etapa de vida del adulto mayor.”
- “Valorar las necesidades nutricionales en el periodo de enfermedad.”
- “Enseñar a nutrirse de forma equilibrada.”
- “Adecuar una alimentación e hidratación correcta a sus circunstancias.”
- “Ayudar a la adquisición del Índice de Masa Corporal correcto.”
- “Adiestrar al adulto mayor para un tránsito seguro de líquidos y sólidos.”

- “Seguimiento nutricional completo y continuado.”

**Los objetivos que tiene la enfermera en nutrición son:**

1. “Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que la enfermera de base de atención primaria y de hospitalización, solvente los problemas nutricionales del usuario-paciente.”
2. “Enseñar a resolver con el paciente, situaciones prácticas y problemas de salud, relacionados con su alimentación.”
3. “Aportar a los equipos multidisciplinares, los beneficios de las intervenciones y conocimientos como expertos en los cuidados.”
4. “Enseñar a la familia a proporcionar al adulto mayor alimentos que tengan aspecto, color y sabor agradables; sazonados con las hierbas y especias permitidas; servir la comida caliente. El entorno debe ser acogedor, con una temperatura adecuada, todo esto contribuye a mejorar el apetito.”<sup>45</sup>

**La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores establece dentro de las responsabilidades en el Primer Nivel de Atención:**

- “Constituir un equipo interdisciplinario, el cual variará de acuerdo a la capacidad resolutoria del establecimiento y la disponibilidad de recursos humanos en el mismo.”
- “Elaborar y ejecutar el Plan Operativo de la etapa de vida adulto mayor.”
- “Realizar el análisis de la situación de salud local de adulto mayor.”
- “Monitorear y supervisar el desarrollo del Plan Operativo de la Etapa de Vida Adulto Mayor, de acuerdo a las normas establecidas.
- “Ejecutar las actividades establecidas en los planes regionales y nacionales.”
- “Atender a la población adulta mayor de acuerdo a las normas establecidas.”
- “Diseñar y ejecutar estrategias de intervención para las personas adultas mayores con énfasis en los pobres y de extrema pobreza, con

el concurso de los demás actores sociales de la localidad.”

- “Promover la formación de la red local de servicio, así como su sostenibilidad.”<sup>46</sup>

## **PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES 2013-2017:**

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, reúne el esfuerzo de planificación concertada realizado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). “El plan Nacional se basa en una concepción del envejecimiento como proceso, que se inicia en el nacimiento de la persona y que en sí mismo constituye hoy en día uno de los mayores logros de la humanidad. Además, establece para el criterio de vejez desde el punto de vista cronológico la edad de 60 años a más, como determinante de las personas adultas mayores.”

Su objetivo orientar la acción del sector: “de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional. El plan ha sido formulado bajo un enfoque de servicio público y gestión descentralizada; en el cual se han establecido claramente las funciones y responsabilidades de cada nivel de gobierno y se ha iniciado el tránsito desde un enfoque de planificación centrado en la función, hacia un enfoque de planificación por resultados orientado a los servicios.”

“Se han identificado un conjunto de cuatro (4) objetivos estratégicos, así como 23 acciones estratégicas con bienes y prestaciones de servicios que el Estado debe brindar a los ciudadanos y ciudadanas de 60 y más años, desde sus tres niveles de gobierno, con el objetivo de mejorar su calidad de vida mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa, la promoción de sus derechos, e intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil. Asimismo, este Plan Nacional ha sido elaborado bajo los enfoques básicos que orientan la acción del sector: de derechos humanos, de

igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional. Dichos enfoques buscan orientar las acciones del Estado para lograr que el Perú sea una sociedad para todas y todos sus habitantes, sin distinción de su edad, raza, sexo o condición social. Igualmente, el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 se construye desde el enfoque del servicio a la ciudadanía, es decir, desde un proceso de planificación que tuvo como finalidad identificar los servicios públicos y acciones que el Estado, en sus tres niveles de gobierno, debe brindar y ejecutar a favor de las Personas Adultas Mayores.”<sup>47</sup>

### **Atención integral al Adulto Mayor:**

La atención integral de la persona adulta mayor (PAM) “comprende un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor.”

Según la Norma Técnica del Ministerio de Salud (MINSA), “toda persona adulta mayor que acuda al establecimiento de salud por primera vez o tenga la condición de continuador se le realizará”:

- “La Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM a través de la Historia Clínica de Atención integral para las PAMs, según formato. La VACAM será aplicado por el profesional de salud, o en asociación con otros integrantes del equipo de salud, previamente sensibilizado y capacitado para este fin”.
- “La cuantificación en términos funcionales de las capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor”.
- “El examen físico completo y se detectarán factores de riesgo o daño para su salud”.
- “Los exámenes de laboratorio complementarias para la evaluación clínica: Hemograma, Hematocrito, Glucosa, Urea, Creatinina, Colesterol Total, Triglicéridos, Examen de orina completo, teniendo en cuenta el nivel de complejidad del establecimiento”.

- “La aplicación de la valoración clínica del adulto mayor a las personas adultas mayores (PAMs) una vez al año, pudiéndose repetir, si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico”.

### **De los cuidados esenciales:**

Según el Ministerio de Salud (MINSA), a las personas adultas mayores se les brindará los cuidados esenciales, los mismos que estarán correlacionados con las necesidades que se van a satisfacer.

- “Necesidades de desarrollo: acciones de promoción y educación para la salud”.
- “Necesidades de mantenimiento de la salud: acciones de prevención de la salud identificación de riesgo e intervención de los mismos”.
- “Necesidades derivadas del daño: atención de daños según guía de atención”.
- “Necesidades derivadas de secuelas y disfunciones: atención de discapacidades según protocolo”.<sup>48</sup>

El paquete de atención integral que ofrecen los establecimientos de salud para el adulto mayor, deben ser individualizados y personalizados, éste programa debe ser elaborado por un equipo multidisciplinario y contando con el adulto mayor o la persona que se encarga de su cuidado, esta atención deberá ser de manera continua priorizada y organizada, la monitorización se realizará de acuerdo a los hallazgos en la valoración clínica, actuándose de manera individual de acuerdo a las características de cada adulto mayor.

## **TEORIAS DE ENFERMERIA QUE APORTAN AL ESTUDIO**

### **Dorothea Orem. Teoría del autocuidado**

Se explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo". “Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados

que se quieren alcanzar con el autocuidado”:

- “Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.”
- “Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.”
- “Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.”

1. **Teoría del déficit de autocuidado:** “En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.”

2. **Teoría de los sistemas de enfermería:** “En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas”:

- “Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.”
- “Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.”
- “Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.”<sup>48</sup>

### **Conclusión:**

Esta teoría se considera porque tiene relación con las variables de estudio ya que permitirá su fundamento apropiado, la teoría trata sobre el autocuidado de las personas la cual esta es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo también hacia los demás para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar sobre todo necesidades de autocuidado universal que dentro de este autocuidado esta como elemento social el apoyo familiar.

Así también supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los adultos mayores y hacer la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

“La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería de Dorothea Oren se basan en relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente. Los adultos mayores requieren la comprensión de sus familiares, así como cuidado y afecto en las diferentes actividades de su vida diaria.”

### **Nola J. Pender “Modelo de promoción de la salud”.**

Esta teoría considera que existen factores que pueden modificarse, ya que estos influyen en la salud de las personas, por lo que es importante la educación, ya que el objetivo es promover un estado de salud óptimo, la cual debe anteponerse la prevención de la enfermedad.

También considera que en cada etapa de la vida se presentan diversos problemas que afectan el bienestar, por lo que la edad es un factor determinante en la adecuación del estilo de vida saludable en los adultos mayores. A causa del deterioro que los años dejan se van afectando las dimensiones de su salud, por lo que son más susceptibles a caer en la enfermedad, así también depende mucho la autonomía que este ejerza en sí mismo, ya que si este se ve afectado, la educación sobre el mantenimiento y temas relacionados a su salud, se deberán dirigir a la familia para preservar la salud y bienestar en este grupo etareo.<sup>50</sup>

## **II.c. HIPÓTESIS**

### **II.c.1. HIPÓTESIS GLOBAL:**

El nivel de apoyo familiar es regular y el estado nutricional es inadecuado de los adultos mayores en La Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas de La Victoria, San Joaquín, Ica Julio 2017.

### **II.c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS:**

**HD1:** El nivel de apoyo familiar según dimensiones apoyo afectivo e instrumental es regular de los adultos mayores en La Asociación de Familias Damnificadas “Las Lomas” de La Victoria Ica.

**HD2:** El estado nutricional de los adultos mayores según diagnóstico nutricional es inadecuado en La Asociación de Familias Damnificadas “Las Lomas” de La Victoria Ica.

#### **II.d. VARIABLES**

**V.1:** Nivel de apoyo familiar

**V.2:** Estado nutricional

#### **II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**NIVEL DE APOYO FAMILIAR:** Consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas.

**ESTADO NUTRICIONAL:** Es el resultado del balance entre sus requerimientos y la alimentación después del ingreso de nutrientes y se valora a través de parámetros como son el peso y la talla.

**ADULTO MAYOR:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en países desarrollados se define como aquella persona de más de 65 años de edad, mientras que en países en desarrollo, se considera a aquel mayor de 60 años.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **III.a. TIPO DE ESTUDIO:**

La investigación es de enfoque cuantitativo porque los resultados son expresados numéricamente en frecuencias y porcentajes, de alcance descriptivo porque se explican los hechos tal y como se presentan y de corte transversal ya que se recolectaron los datos en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

### **III.b. ÁREA DE ESTUDIO:**

El estudio se realizó en La Asociación de Familias Damnificadas. Las Lomas de La Victoria San Joaquín, que se encuentra ubicado en la Av. La Victoria colinda con la Av. José María Eguren a 6 cuadras del Óvalo Capitán FAP distrito de Ica, provincia de Ica, departamento de Ica.

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

#### **III.c.1. POBLACIÓN**

La población estuvo conformada por 80 adultos mayores de La Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas de La Victoria San Joaquín Ica.

#### **III.c.2. MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por 54 adultos mayores, fue seleccionada de manera no probabilística y por conveniencia según los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de inclusión**

- ❖ Adultos mayores de 60 años a más años.
- ❖ Adultos mayores de ambos sexos.
- ❖ Adultos mayores que deseen participar voluntariamente.

- ❖ Adultos mayores lucidos, orientados en tiempo espacio y persona.

#### **Criterios de exclusión**

- ❖ Personas menores de 60 años
- ❖ Adultos mayores con alteraciones visuales y audición.
- ❖ Adultos mayores que no desean participar en el estudio.
- ❖ Adultos mayores con enfermedad neurológica.

#### **III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La técnica utilizada para la medición de la variable nivel de apoyo familiar fue la encuesta y como instrumento el cuestionario, validado por juicio de experto (0.02) y confiabilidad validada a través de coeficiente Alfa de Cronbach (0.7).

Para la variable estado nutricional, se utilizó una ficha de recolección de datos individual, donde se anotó los indicadores antropométricos la edad, peso y talla, de los adultos mayores. La talla fue medida con un tallímetro y el peso calculado con una balanza. Se tuvo en cuenta los principios éticos y bioéticos, principios como respeto a la vida, dignidad humana, respeto veracidad y confidencialidad

#### **III.e DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:**

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio; se presentó una solicitud a la Presidenta de la Asociación de Familias Damnificadas Las Lomas de la Victoria de San Joaquín. Una vez obtenido el permiso para la recolección de datos, previo saludo a la persona adulta mayor se le explicó el motivo de la investigación y se solicitó su participación en el estudio; así mismo la duración de aplicación del instrumento fue de aproximadamente 30 minutos cada uno, actividades que fueron realizadas desde el 8 al 31

de Julio del año 2017. En todo momento se respetó el anonimato, autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia y la confidencialidad.

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

Luego de la recolección de datos se realizó el procesamiento y análisis de la siguiente manera:

- Ordenamiento de la información recolectada.
- Codificación del instrumento.
- El procesamiento de datos se realizó mediante el Programa Microsoft Excel.

Una vez realizada la recolección de datos, se elaboró la matriz la cual permitió obtener información del total de la muestra seleccionada para luego clasificar los resultados mediante la escala de calificación o medición, los cuales así mismo fueron procesados en forma manual mediante el sistema de tabulación por paloteo. Para la presentación de los hallazgos se realizaron cuadros estadísticos, los cuales sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida. El análisis de información se realizó haciendo uso de la estadística descriptiva presentando los resultados en tablas y gráficos.

La valoración que se le asignó a la variable Apoyo Familiar y sus respectivas dimensiones es la siguiente:

#### **APOYO AFECTIVO:**

Bueno: (>20 pts.)

Regular: (20–15 pts.)

Deficiente (<15 pts.)

**DIMENSIÓN APOYO INSTRUMENTAL:**

Bueno: (>14 pts)

Regular: (14–11 pts.)

Deficiente: (<11 pts.)

**Global:**

Bueno: (>33 pts.)

Regular: (33–26 pts.)

Deficiente: (<26 pts.)

Para la valoración que se le asignó a la variable estado nutricional y su respectiva dimensión es la siguiente:

Delgadez:  $\leq 23$

Normal: 23 a 28

Sobrepeso:  $> 28 - < 32$

Obesidad:  $\geq 32$

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

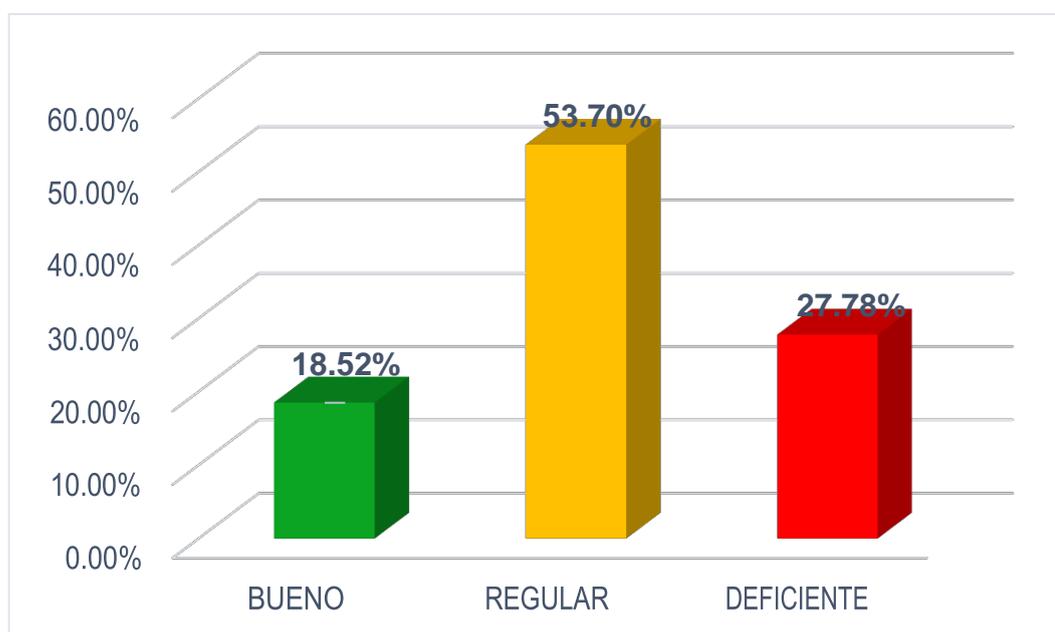
### IV.a. RESULTADOS

**TABLA 1**  
**DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA**  
**ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS**  
**LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA**  
**JULIO 2017**

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
60 - 70 años	39	72.2
71 - 76 años	8	14.8
77 a más años	7	13
<b>SEXO</b>		
Masculino	24	44.44
Femenino	30	55.56
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero (a)	14	25.9
Casado (a)	7	13
Conviviente	26	48.1
Viudo (a)	7	13
<b>VIVE CON</b>		
Esposa (o), pareja e hijos	33	61.1
Con su esposa (o) y/o pareja	5	9.3
Solo (a)	3	5.6
Otros familiares	13	24
<b>N° DE MIEMBROS EN SU FAMILIA</b>		
Vive solo	3	5.6
De 1 a 2 personas	5	9.3
De 2 a 3 personas	18	33.3
De 4 a más personas	28	51.8
<b>INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria	20	37
Secundaria	29	53.7
Superior	4	7.4
Ninguna	1	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Respecto a los datos generales el 72.2% (39) de la población se encuentra en el grupo etáreo de 60 a 70 años y el 13% (7) tiene 77 a más años. Según sexo, el 55.56% (30) es femenino y el 44.44% es masculino. Según el estado civil el 48.1% (26) son convivientes y el 13 (7) casados y viudos. En la convivencia se observa que el 61.1% (33) viven con su esposa (o), pareja e hijos y el 5.6% (3) vive solo. En el número de miembro en su familia se observa que el 51.8% (28) son de 4 a más. Según la instrucción se observa que el 53.7% (29) tienen secundaria y el 1.9% (10) ningún tipo de instrucción.

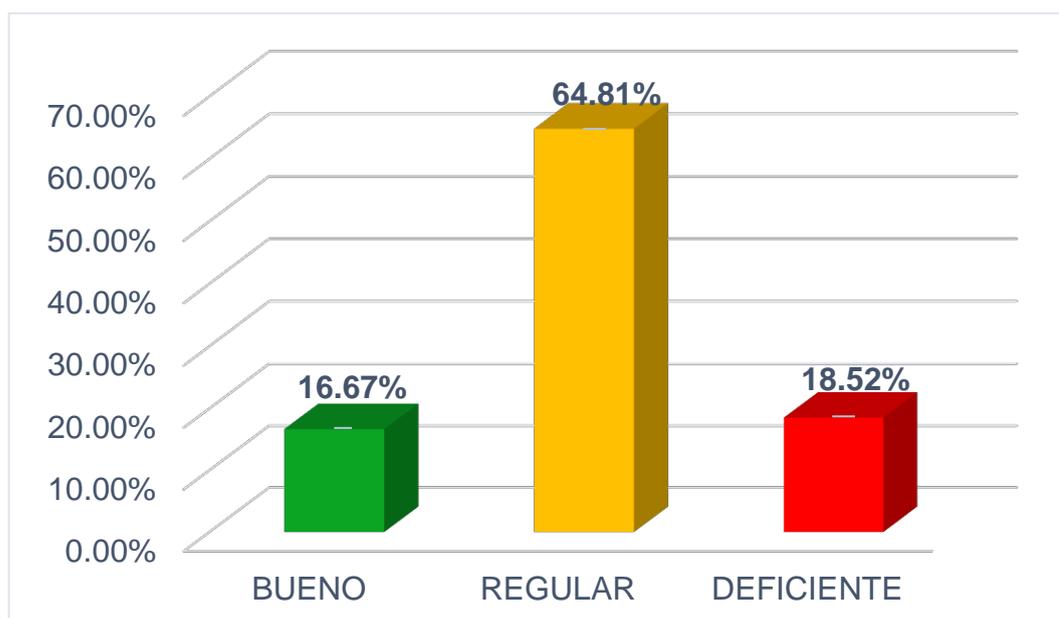
**GRÁFICO 1**  
**NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN APOYO AFECTIVO**  
**DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS**  
**DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA**  
**SAN JOAQUÍN, ICA**  
**JULIO 2017**



El nivel de apoyo familiar según dimensión apoyo afectivo de los adultos mayores fue regular en el 53.70% (29), seguido de deficiente 27.78% (15) y finalmente bueno 18.52% (10).

## GRÁFICO 2

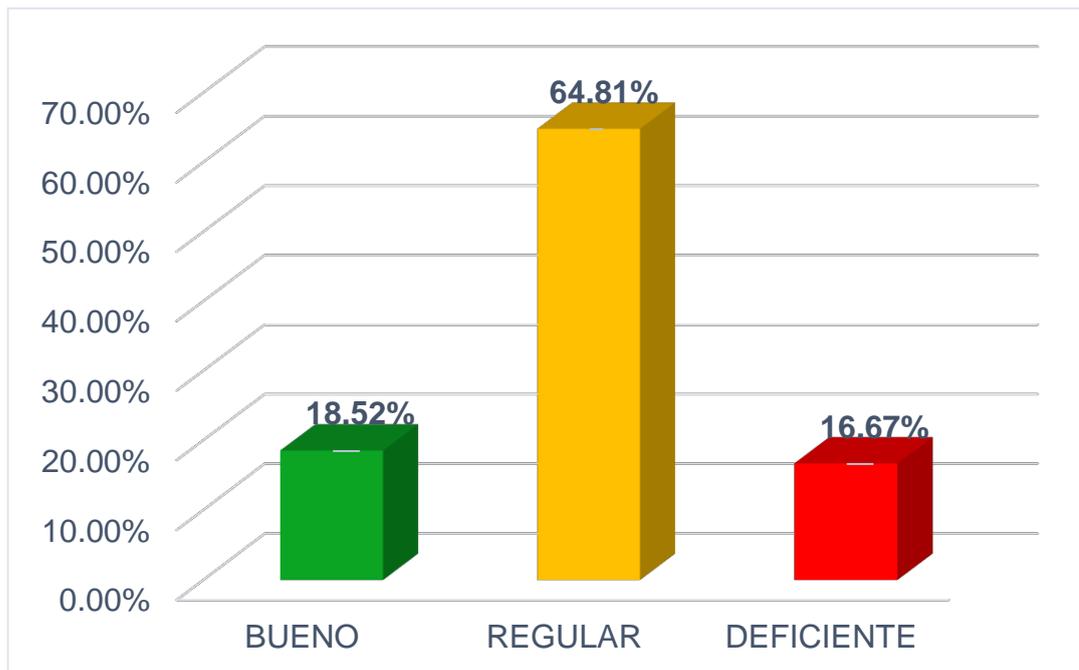
### NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN APOYO INSTRUMENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN ICA, JULIO 2017



El nivel de apoyo familiar según dimensión apoyo instrumental de los adultos mayores fue regular en el 64.81% (35), seguido de deficiente 18.52% (10) y finalmente bueno 16.67% (9).

### GRÁFICO 3

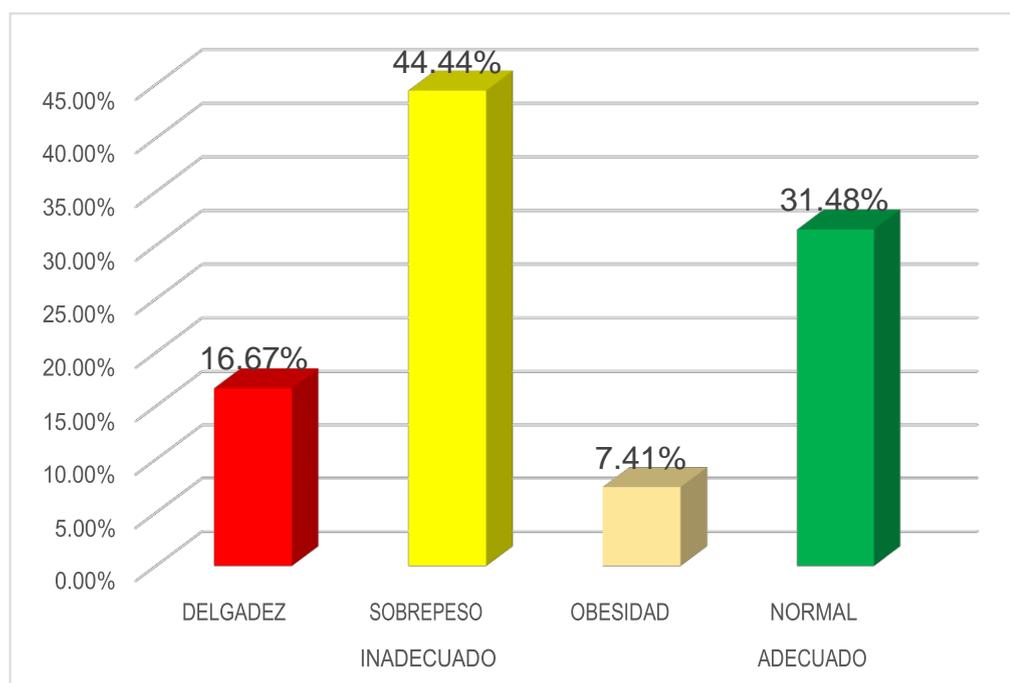
#### NIVEL DE APOYO FAMILIAR GLOBAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN ICA, JULIO 2017



El nivel de apoyo familiar global de los adultos mayores según resultados fue regular en el 64.81% (35), seguido de bueno 18.52% (10) y finalmente deficiente 16.67% (9).

#### GRÁFICO 4

### ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUÍN, ICA JULIO 2017



El estado nutricional de los adultos mayores según indicadores antropométricos es sobrepeso 44.44% (24), normal en el 31.48% (17), obesidad en el 7.41% (4) y finalmente delgadez con un 16.67% (9).

#### **IV.b. DISCUSIÓN:**

**TABLA 1:** Respecto a los datos generales, el 72.2% de la población se encuentra en el grupo etáreo de 60 a 70 años y el 13% tiene 77 a más años. Según sexo, el 55.56% es femenino y el 44.44% es masculino. Según el estado civil el 48.1% son convivientes y el 13% casado y viudos. En la convivencia se observa que el 61.1% viven con su esposa (o), pareja e hijos y el 5.6% vive solo. En el número de miembro en su familia se observa que el 51.8% son de 4 a más. Según la instrucción el 53.7% tienen secundaria y el 1.9% ningún tipo de instrucción. Resultados similares halló Guzmán L.<sup>14</sup> “respecto a la edad promedio de adultos mayores hallados en el estudio, fue de 67 años, respecto al sexo, predominó el sexo femenino 66%; referente al tipo de familia, se encontró que fue extensa la de mayor proporción 48.9%.” A si también Merodio Z, Rivas V, Martínez A.<sup>13</sup> halló “el 69.9% fueron mujeres y 30.1% hombres, el promedio de edad fue de 66 años, el estado civil que predominó fue casado con un 63.7%.”

Respecto a los resultados obtenidos se encontró que los adultos mayores tenían entre 60 a 70 años lo cual es importante considerar ya que están en una etapa que requiere mayor cuidado y apoyo familiar lo que implica que muchos de ellos requerirán apoyo de sus familiares para mantener su cuidado general. Respecto al sexo predomina el femenino lo cual involucra que se les dé un trato más delicado por su grado de sensibilidad. Según el estado civil el 48.1% son convivientes y el 13% casados. El no tener una pareja, encontrarse en soledad afecta negativamente el estado de salud de las personas adultas mayores.

**GRÁFICO 1:** El nivel de apoyo familiar según dimensión apoyo afectivo de los adultos mayores fue regular en el 53.70%, seguido de deficiente 27.78% y finalmente bueno 18.52%. Resultados similares halló Guzmán L.<sup>14</sup> “donde las dos quintas partes percibe el apoyo emocional como parcialmente suficiente 40.4% y más de la tercera parte percibe el apoyo

informativo como insuficiente 38.3%.” Así también halló Gonzales M. <sup>19</sup> “según dimensión emocional está en menor valor porcentual en un 69% y en mayor valor porcentual 31%.”

Las muestras de cariño son importantes en la vida de todo ser humano y con mucha más razón en la adultez mayor, donde el individuo tiende a la soledad y a la depresión, pequeños detalles como un abrazo, un beso, un te quiero, y disponer de tiempo para escuchar las historias y vivencias de un adulto mayor resulta muy gratificante en el fortalecimiento de su autoestima.

**GRÁFICO 2:** El nivel de apoyo familiar según dimensión apoyo instrumental en los adultos mayores fue regular en el 64.81%, seguido de deficiente 18.52% y finalmente bueno 16.67%. Resultados similares halló Guzmán L. <sup>14</sup> “en el apoyo instrumental como suficiente 42.6%.”

El cuidado y atención que se le tiene que dar a los adultos mayores son periódicamente estables, por lo que los familiares cumplen con sus obligaciones de llevarlos a sus controles y evaluaciones periódicas, pero se descuida la alimentación, muchas veces los adultos mayores solos se preparan sus alimentos encontrándose deficiencia en las combinaciones alimentarias, reflejándose esto en el aumento de peso corporal, generado por el exceso consumo de carbohidratos. El adulto mayor deber recibir la supervisión de un familiar para que contribuya positivamente en su autocuidado, se les debe enseñar de forma creativa y con un lenguaje correcto, deben ser escuchados, entendidos, ya que con esto se contribuye a superar la soledad y la marginación a la que están expuestos en la sociedad.

**GRÁFICO 3:** El nivel de apoyo familiar global de los adultos mayores según resultados fue regular en el 64.81%, seguido de bueno 18.52% y finalmente deficiente 16.67%. Resultados similares halló Manosalva K. <sup>15</sup> “el 78% de adultos mayores presentan apoyo familiar regular, el 20% bueno y el 2% malo.” Por otro lado Guzmán L. <sup>14</sup> “encontró que el apoyo familiar que el adulto mayor percibe, es parcialmente suficiente 36.2%;

e insuficiente 31.9%.” Resultados similares halló Gonzales M.<sup>19</sup> “donde el apoyo familiar global está en menor valor porcentual en un 58% y en un mayor valor porcentual 42%.”

La unidad familiar es la base para que los adultos mayores se sientan protegidos, cuidados y amados; si el adulto mayor tiene alguna enfermedad o discapacidad que lo impida satisfacer sus propias necesidades, es la familia quienes deben de apoyarlos y estar en todo momento escuchándolos, observándolos y expresando los afectos para que se sientan queridos y al mismo tiempo se sientan protegidos en su entorno familiar.

**GRÁFICO 4:** El estado nutricional de los adultos mayores según indicadores antropométricos es sobrepeso 44.44%, normal en el 31.48%, obesidad en el 7.41% y finalmente delgadez con un 16.67%. Resultados similares encontró Jorge J.<sup>17</sup> “el 48% estuvo normal, 31% tenía sobrepeso, 11% delgadez, 6% obesidad.” Resultados contrarios halló Zanabria M.<sup>16</sup> “donde el 32.72% presenta delgadez, el 47.30% presenta un IMC normal, 13.62% presenta sobrepeso y el 6.36% presenta obesidad.” Así también Hilario A.<sup>17</sup> halló en su estudio “que el 74% resultó normal, seguido del 13%, con desnutrición, el 9% con diagnóstico de sobrepeso y finalmente el 4% presentan obesidad.” Así también Alcívar M, Gutiérrez J.<sup>11</sup> halló en su estudio “el 45% tiene un peso normal, mientras 35% están con sobrepeso y 15% con obesidad.”

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos y funciones del organismo. Es por ello la importancia de evaluar el estado nutricional en este grupo. La mayor parte de adultos encuestados presentaron sobrepeso. Por ello los profesionales de enfermería deben enfocarse a realizar sesiones educativas y consejerías nutricionales que conlleva una buena alimentación y realizar ejercicios para que mantenga su peso ideal. El estado nutricional de los adultos mayores se ve afectado por factores: dietéticos, socio-económicos,

funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos es por ello importante realizar la evaluación periódica y completa así como la determinación del estado nutricional.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### V.a. CONCLUSIONES:

El nivel de apoyo familiar de los adultos mayores en La Asociación de Familias Damnificados Las Lomas de la Victoria Ica – San Joaquín, según su apoyo afectivo e instrumental es regular, **por lo cual se acepta la hipótesis derivada 1 del estudio**

El estado nutricional de los adultos mayores en La Asociación de Familias Damnificados Las Lomas de la Victoria Ica – San Joaquín, según diagnóstico nutricional es inadecuado, **por lo cual se acepta la hipótesis derivada 2 del estudio.**

#### **IV.b. RECOMENDACIONES:**

1. El profesional de enfermería debe liderar el equipo multidisciplinario en la atención del adulto mayor además de ayudar a realizar una evaluación general de su estado de salud, al mismo tiempo se debe fomentar la participación de la familia en su cuidado en el hogar brindándole un buen apoyo emocional para incentivar al adulto mayor a realizar sus actividades de acuerdo a su estado general de salud; la familia debe suplir aquellas necesidades que no puedan ser satisfechas por el propio adulto mayor y apoyarlos a recibir el apoyo del profesional psicólogo en caso lo necesite. El profesional de enfermería, debe comprometer a la familia y/o personas que conviven con el adulto mayor a mejorar la convivencia, fomentar la comprensión, ya que el adulto mayor se encuentra en una etapa susceptible a cambios emocionales que pueden afectarlo negativamente.
  
2. El profesional de enfermería que labora en el centro de salud y trabaja con adultos mayores, debe evaluar como prioridad el estado nutricional tomando como referencia el diagnóstico nutricional periódico para evitar complicaciones que se puedan dar debido a los cambios físicos y o deterioros tanto físico y mental que suelen ser influenciados por las carencias nutricionales y repercusión del envejecimiento en la población adulta mayor. Junto al equipo de salud se debe fomentar campañas demostrativas de preparación de alimentos fomentando el consumo de frutas, verduras y disminución de harinas, frituras a fin de disminuir la cantidad de adultos mayores con sobrepeso, también promoviendo el fomento de la actividad física diaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Niveles y tendencia en el envejecimiento de la población. América Latina. 2017. [Fecha de acceso 9 de agosto del 2018]. URL disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
2. García P. Vílchez J, Rodríguez P, Rogelio. Un perfil de las personas mayores en España. 2014. [Fecha de acceso 05 de julio del 2018]. URL Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
3. Envejecimiento demográfico en el Estado de México ESDEM 2013. [Fecha de acceso 9 agosto del 2018]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252013000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000100004)
4. MIMDES “Plan nacional para las personas adulta mayores” 2015. Dirección de personas adultas mayores. URL disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)
5. Organización Mundial de la Salud. OMS 2015. [Fecha de acceso 5 de agosto de 2018]. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos25/abandono-terceraedad/abandono-tercera-edad.shtml#ixzz3ZPKbAICK>
6. García P. Vílchez J. Rodríguez P. Román R. Un perfil de las personas mayores en España. 2014. [Fecha de acceso 9 de agosto del 2018]. URL disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
7. Ávila C. Situación de los ancianos en temas de desnutrición en Colombia. [Fecha de acceso 28 de julio del 2018]. URL disponible

en: <http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/situacion-de-los-ancianos-en-temas-de-desnutricion-en-colombia-32609>

8. Jara A, Rojas J, Rojas C, Borja B, Espinoza E. Plan Nacional para las personas adultas mayores. Perú. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables: 2013-2017.
9. Boletín de la Dirección de Fortalecimiento de las Familias – DIFF. 2012. [Fecha de acceso 10 de octubre de 2018]. URL disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/2012-3.pdf>
10. Miranda C. Violencia intrafamiliar y sus efectos en las relaciones sociales de los adultos mayores del programa vaso de leche de la Municipalidad de la Tinguña - Ica. 2017. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 08 de agosto de 2018] URL disponible en: [http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM\\_d54555755cedff3df8ddff395bca7c1f/Details](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_d54555755cedff3df8ddff395bca7c1f/Details)
11. Alcivar M, Gutierrez J. Estado nutricional y hábitos alimenticios del adulto mayor jubilados, de la Asociación 12 de abril cuenca. 2016. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 13 de octubre de 2018]. URL disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27213/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
12. Merodio Z, Rivas V, Martínez A. Percepción del apoyo familiar y las dificultades relacionadas con la Diabetes en el Adulto Mayor de la Unidad de Medicina Familiar del Isset México. 2015. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 7 agosto de 2018]. URL disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/horizonte-sanitario/articulo/percepciondel-apoyo-familiar-y-dificultades-relacionadas-con-la-diabetes-en-eladulto-mayor>
13. Guzmán L. Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de lima metropolitana - Perú.

- 2016 [fecha de acceso 23 de mayo de 2018]. URL disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6146>.
14. Manosalva K. Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor del programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT. Perú. 2015. [fecha de acceso 20 de mayo de 2018]. URL disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/847>
  15. Zanabria M. Relación de los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 del distrito de Paucarcolla – Puno. 2015. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [fecha de acceso 20 de diciembre del 2017]. Disponible en: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4525/Zanabria\\_Ticona\\_Mabel\\_Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4525/Zanabria_Ticona_Mabel_Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  16. Jorge J. Estilos de vida y el estado nutricional del geronto del programa del adulto mayor del centro de salud buenos aires de villa chorrillos. 2014. [fecha de acceso 4 de agosto de 2018] URL disponible en :  
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/906/T-TPLE-Jheraldina%20Patricia%20Jorge%20Galarza.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
  17. Hilario A. Hábitos alimentarios y estado nutricional de los adultos mayores del AA HH Virgen Asunta Guadalupe Ica. 2016. [fecha de acceso 6 de agosto de 2018] URL disponible en :  
[http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/5895/1/HILARIO\\_CANLLA-Resumen.pdf](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/5895/1/HILARIO_CANLLA-Resumen.pdf)
  18. Gonzales M. Apoyo familiar y percepción del estado emocional en adultos mayores del anexo san francisco del distrito de santa cruz palpa, Ica mayo. 2017. [fecha de acceso 13 de agosto de 2018] URL disponible en:  
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1773>
  19. Guillen N, Osorio E. Apoyo familiar a persona con cáncer. México. Universidad Veracruzana. 2013. [Tesis para optar título profesional

- de enfermería]. [Fecha de acceso 17 de julio de 2017]. URL disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/331/1/GuillenAguirre-OsorioCruz.pdf>.
20. Arias M. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac. Perú. 2013. [Tesis para optar título profesional de enfermería]. [Fecha de acceso 13 de abril del 2017]. URL disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/328>
  21. Apoyo familiar [En línea]. [Fecha de acceso 2 de agosto de 2018]. URL disponible en: [http://www.depresion.psicomag.com/los\\_fam](http://www.depresion.psicomag.com/los_fam)
  22. Stanley B. Gauntlett P. Enfermería geriátrica. 3ra edición. México: McGraw- - Hill/latinoamericana editores, s.a. de C.V; 2009. 40 - 42
  23. Jáuregui B. Poblete E. Salgado V. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. Editorial Wong R. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 2016.
  24. Desarrollo III. La importancia en la familia en la vejez. Perú. [actualizado 31 de mayo de 2012; acceso el 18 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://macla-desarrolloiii.blogspot.pe/2012/05/la-importancia-en-la-familia-en-la.html>
  25. Rossi P. Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor. 2013. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 05 de noviembre del 2017]. URL disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/399>
  26. Henríquez G. Valoración psicosocial [diapositivas] España 16 diapositivas. [fecha de acceso 18 de julio de 2017]. URL disponible en: [www.enosuna.org/zonaalumnos/materiales/NO3/8G3.ppt](http://www.enosuna.org/zonaalumnos/materiales/NO3/8G3.ppt)

27. Avalos L. Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Pueblo Adulto Mayores y Discapacidad México. 2013. [fecha de acceso 20 de octubre de 2017]. URL disponible en: <http://www.cdhpueblo.org.mx/index.php/adulto-mayoresLuisaAvalos>
28. Lamas H. Educación comunitario del adulto mayor. Perú. [en línea]. Ilustrados. [fecha de acceso 25 de noviembre 2017] URL disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/5211/educacion-comunitario-adulto-mayor.html>.
29. Ruiz F. Hernández C. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. Archivos en Medicina Familiar México. 2009; 11(4): 147-149
30. Zapata L. Delgado V. Cardona A. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis. Revista Salud Pública. Vol. 17, N° 6. pp. 848-860. Colombia. 2015
31. Valera P. Perfil del Adulto Mayor. Perú. 2014. Documento en Word. [Fecha de acceso 14 de Marzo del 2017). URL Disponible en [https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiqgMOEoNvSAhWKI5AKHfhABhsQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fportal%2Fservicios%2Fsusaludesprimero%2Fadultomayor%2FINFORME%2520PERFIL%2520ADULTO%2520MAYORFINAL%2520A4.doc&usg=AFQjCNEoRiwDCQgIIvzLVO4J\\_A4hs2JKg&sig2=X9BfsxW1\\_0Kmuio0qJVIDw&bvm=bv.149397726,d.Y2I](https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiqgMOEoNvSAhWKI5AKHfhABhsQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fportal%2Fservicios%2Fsusaludesprimero%2Fadultomayor%2FINFORME%2520PERFIL%2520ADULTO%2520MAYORFINAL%2520A4.doc&usg=AFQjCNEoRiwDCQgIIvzLVO4J_A4hs2JKg&sig2=X9BfsxW1_0Kmuio0qJVIDw&bvm=bv.149397726,d.Y2I)
32. Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores. Documento en PDF. [Fecha de acceso 04 de febrero del 2017]. URL Disponible en [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_cuidando\\_la\\_salud\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_cuidando_la_salud_del_adulto_mayor.pdf)
33. Gutiérrez R. Transición epidemiológica como proceso de cambio. Geriátrica, 2016; ISBN 970-729-198-2. [Fecha de acceso 19 de abril

- del 2017]. URL disponible en:  
<http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4.pdf>.
34. OPS/OMS. Aspectos clínicos en la atención de adultos mayores. Washington: Agosto 2013. [Fecha de acceso 19 de abril del 2017]. URL disponible en:  
[ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/proyecto\\_regional\\_ops.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/proyecto_regional_ops.pdf)
  35. Novelo de López H. Aspectos demográficos del adulto mayor. Artículo de Revisión. *Nutrición Clínica* 2003; 6(1): 63-69
  36. López P. Méndez H. Col P. Adaptación de la enseñanza universitaria de farmacología, nutrición y dietética a la metodología enfermera. Escuela Universitaria de Enfermería de Córdoba. 2016. [fecha de acceso 16 de septiembre del 2017]. URL disponible en:  
<http://www.mailxmail.com/curso-nutricion-dietetica-enfermeria-/factores-que-influyen-alimentacion-definiciones>
  37. Hiperlink. La Organización Mundial de la Salud y la Seguridad Alimentaria. [Fecha de acceso 14 de octubre del 2017]. URL Disponible en: <http://www.eufic.org/sp/pag/food24/pag.html>
  38. Alemán H. Flavio A. Pérez R. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. Artículo de Revisión *Nutrición Clínica* 2003; 6 (1): 46-52
  39. Monterrey G. Porrata M. Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el índice de masa corporal. *Rev Cubana Aliment Nutr*, 2001; 15(1):62-7
  40. Salvá A, Bolibar I, Muñoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el Mini Nutritional Assessment (MNA). *Rev Gerontol*. 1996; 6:319-28
  41. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Lima: 1ra edición 2012 [Fecha de acceso 28 de noviembre 2016]  
[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros\\_lamejo\\_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf)

42. Adulto mayor [En línea] [Fecha de acceso 26 de septiembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos92/-adultomayor/depresion-adulto-mayor.shtml>
43. Adulto mayor [En línea] [Fecha de acceso 26 de febrero de 2017]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
44. Cubillas c. Etapa de Vida Adulto Mayor, [Diapositiva].Perú: 2013 .33 Diapositivas
45. Muñoz C, Ortiz F. Valoración nutricional en ancianos frágiles en atención primaria. Aten Prim. 2005; 35(9): 460-5
46. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC. Ministerio de Salud. Perú. 2013
47. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017 Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) Dirección general de la familia y la comunidad. [Fecha de acceso 12 de agosto del 2018]. URL disponible en web: [www.minsa.gob.pe/portada/especiales/.../PLAN\\_AM\\_2013-2017.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/.../PLAN_AM_2013-2017.pdf)
48. Organización Mundial de la Salud OMS. Geriatria. [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL. Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_1\\_02/san11102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm).
49. Calle E. Teorías de enfermería. El Cuidado. 30 de mayo 2013 [en línea] [fecha de acceso 01 de enero 2018] URL disponible en: <http://modelosenfermeros2013.blogspot.pe/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidado.html>
50. Raile M. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería, séptima edición Eddie; 2011, S.L 47.359 -2010 España; página: 63

## BIBLIOGRAFIA

- Castro M. Nutrición Clínica y dietoterapia. Editorial Médica Panamericana. 1era edición. 2012.
- Raile M, Marrier A. Modelos y teorías de enfermería. Editorial Elsevier. 7ma edición. España. 2013. Pág. 45 – 47, 59 – 62.
- Dorotea Orem "Teoría del Autocuidado". Edit. España; 1980.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill. 4ta edición. México. 2006.
- Santiago M. Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. Editorial San Marcos. 2da edición. 2016.
- Cerón G. Cárdenas N. Caycedo C. Palma M. Rodríguez P. Relación entre apoyo afectivo, económico y calidad de vida en el adulto mayor. Univ Psychol 2003; 4.
- Pablo H, Manual de cuidados para la tercera edad. Editado por la UNMSM, Perú, 2008, pág.210-220.
- Geddens A. Sociología 4° Edición Alianza Editorial Madrid Apoyo familiar pág.: 229-239 Plan Nacional para las personas adultas mayores. 2013-2017 Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) Dirección general de la familia y la comunidad. DIPAM.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<p align="center"><b>V.1</b></p> <p align="center"><b>Nivel de apoyo familiar</b></p>	<p>El apoyo familiar al adulto mayor está claramente relacionado con los resultados de su bienestar y consiste en brindar autocuidado y apoyo afectivo para los adultos mayores</p>	<p>Es una serie de métodos orientados a establecer mejor relación de apoyo, trabajando en forma grupal con los adultos mayores en la Asociación de Familias Damnificadas las Lomas de La Victoria, el cual será medido a través de la aplicación de un cuestionario y el valor final será:</p> <p>Bueno Regular Deficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo Afectivo</li>   <li>• Apoyo Instrumental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones</li> <li>• Procurar afecto</li> <li>• Compañía</li> <li>• Ayuda para la auto aceptación</li> <li>• Información, consejo</li>   <li>• Ayuda para el autocuidado</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Atención médica</li> </ul>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p style="text-align: center;"><b>v.2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Estado nutricional</b></p>	<p>El nivel de estado nutricional de los adultos mayores tiene que ver con su situación de salud y bienestar Constituyéndose en una necesidad de salud concreta de satisfacción física.</p>	<p>El estado nutricional, refleja el estado de salud del adulto mayor, el cual será medido y serán recogidos en una ficha epidemiológica y cuyo valor final será:</p> <p>Adecuado Inadecuado</p>	<p>Diagnóstico nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obeso</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Normal</li> <li>• Delgadez</li> </ul>

## **ANEXO N° 2: INSTRUMENTO**

### **I. INTRODUCCIÓN:**

Estimado Sr. (a): Buenos días/ tardes soy Bachiller de la Universidad Privada San Juan Bautista de la Escuela de enfermería y vengo a solicitarle su colaboración para el desarrollo de trabajo de investigación titulado: **NVEL DE APOYO FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUIN.**

Se le agradece anticipadamente por su colaboración y se le comunica que es anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo.

### **I. INSTRUCCIONES:**

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera.

### **DATOS GENERALES**

#### **1) Edad:**

- a) 60 a 70 años
- b) 71 a 76 años
- c) 77 a más años

#### **2) Sexo:**

- a) Masculino
- b) Femenino

#### **3) Estado civil**

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Conviviente
- d) Viudo

**4) Vive con:**

- a) Esposa y/o hijos
- b) Con su esposa (o)
- c) Solo
- d) Otros familiares

**5) N° de miembros en su familia**

- a) Vive solo
- b) De 1 a 2 personas
- c) De 2 a 3 personas
- d) De 4 a más personas

**6) Instrucción**

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Ninguna

• **DATOS ESPECÍFICOS VARIABLE NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

<b>APOYO FAMILIAR</b>	<b>SIEMPRE</b> 3	<b>A VECES</b> 2	<b>NUNCA</b> 1
<b>APOYO AFECTIVO</b>			
1. ¿Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares?			

2. Sus familiares le escuchan con paciencia cuando Ud. tiene algún problema preocupación o necesita algo.			
3. Se siente comprendido, amado por sus Familiares			
4. Considera que entre usted y sus familiares existe la confianza suficiente para guardar un secreto.			
5. Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares			
6. Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.			
7. Considera que sus familiares lo hacen sentir valioso.			
8. Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación de su interés.			
<b>APOYO INSTRUMENTAL</b>			
9. Considera usted, que hay unidad en su vida familiar, recibe algún apoyo de sus familiares.			
10. Su familia realiza actividades de ejercicio y movimiento físico que benefician su salud			
11. Su familia le brinda la alimentación balanceada: leche, carnes, frutas, verduras, cereales, etc.			

12. Su familia le brinda sus alimentos a horas fijas y cuando lo necesite			
13. Durante las 4 últimas semanas asistió al centro de salud para recibir atención médica y/o de control.			
14. Asiste a sus consultas programadas por el médico y la enfermera u otro profesional.			

- **INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS**  
**ESTADO NUTRICIONAL**

<b>Nº</b>	<b>PESO (kg)</b>	<b>TALLA (cm)</b>	<b>IMC</b>	<b>EDAD</b>	<b>RESULTADO</b>
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

**ANEXO 3**  
**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - JUICIO DE EXPERTOS**

N° DE ITEM	JUECES EXPERTOS							PROMEDIO
	I JUEZ	II JUEZ	III JUEZ	IV JUEZ	V JUEZ	VI JUEZ	VII JUEZ	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	0	1	1	0.062
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	1	1	0	1	0.062
$\Sigma$								0.164

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa.

1 = Si la respuesta es positiva.

N = Numero de Jueces Expertos

$$P = \frac{\Sigma p}{N^{\circ} \text{ de items}} = 0.164 / 7 = 0,02$$

Si  $P \leq 0.05$ , el grado de concordancia es significativo, por lo tanto el instrumento es válido.

**ANEXO 4**  
**TABLA DE CÓDIGOS**  
**TABLA DE CODIFICACIÓN PARA LOS**  
**DATOS GENERALES**

<b>PREGUNTA</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CÓDIGO</b>
<b>EDAD</b>	60-70 AÑOS	1
	71-76 AÑOS	2
	77 >AÑOS	3
<b>SEXO</b>	Masculino	1
	Femenino	2
<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTERO(A)	1
	CASADO(A)	2
	CONVIVIENTE	3
	VIUDO(A)	4
<b>VIVE CON</b>	Esposa (o) y/o hijos	1
	Con su esposa (o)	2
	Solo	3
	Otros familiares	4
<b>N° DE MIEMBROS EN SU FAMILIA</b>	Vive solo	1
	De 1 a 2 personas	2
	De 2 a 3 personas	3
	De 3 a más personas	4

<b>INSTRUCCION</b>	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior	3
	Ninguna	4

**TABLA DE CODIFICACIÓN PARA EL CUESTIONARIO  
CON ESCALA DE LICKERT  
(VARIABLE NIVEL DE APOYO FAMILIAR)**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>Número de ítems</b>	<b>Siempre 3</b>	<b>A veces 2</b>	<b>Nunca 1</b>
<b>Apoyo Afectivo</b>	<b>1</b>	3	2	1
	<b>2</b>	3	2	1
	<b>3</b>	3	2	1
	<b>4</b>	3	2	1
	<b>5</b>	3	2	1
	<b>6</b>	3	2	1
	<b>7</b>	3	2	1
	<b>8</b>	3	2	1
<b>Apoyo Instrumental</b>	<b>9</b>	3	2	1
	<b>10</b>	3	2	1
	<b>11</b>	3	2	1
	<b>12</b>	3	2	1
	<b>13</b>	3	2	1
	<b>14</b>	3	2	1

## ANEXO 5

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

$S_i^2$ : La suma de la varianza de cada ítems.

$S_t^2$ : La varianza del total

K: el número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{14}{14 - 1} \left( 1 - \frac{6.821}{19.149} \right)$$

(1,08) (1- 0,356)

(1,08) (0,64)

Alfa de Cronbach: 0,7

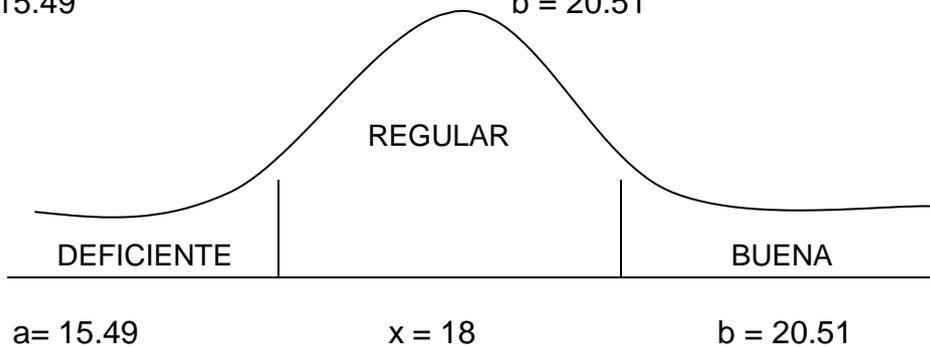
Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es confiable.

**ANEXO N° 6**  
**MEDICIÓN DE LA VARIABLE- ESCALA DE STANONES**  
**PARA LA DIMENSIÓN APOYO AFECTIVO**

Es el coeficiente que permitirá conocer los intervalos por puntajes alcanzados en la primera variable.

- 1.- Se calculó la Media  $\bar{X} = 18$
- 2.- Se calculó la Desviación Estándar  $DS = \sqrt{ST^2} = 3.35$
- 3.- Se estableció valores para a y b

$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$	$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$
$a = 18 - (0.75 \times 3.35)$	$b = 18 + (0.75 \times 3.35)$
$a = 18 - 2.51$	$b = 18 + 2.51$
$a = 15.49$	$b = 20.51$



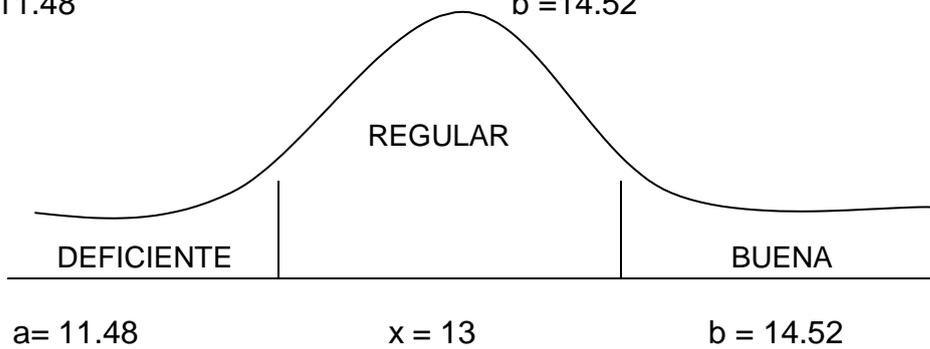
<b>CATEGORÍAS:</b>	<b>INTERVALO</b>
Buena	$> 20$
Regular	De 20 – 15
Deficiente	$< 15$

**MEDICIÓN DE LA VARIABLE- ESCALA DE STANONES**  
**PARA LA DIMENSIÓN APOYO INSTRUMENTAL**

Es el coeficiente que permitirá conocer los intervalos por puntajes alcanzados en la primera variable.

- 1.- Se calculó la Media  $\bar{X} = 13$
- 2.- Se calculó la Desviación Estándar  $DS = \sqrt{ST^2} = 2.03$
- 3.- Se estableció valores para a y b

$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$	$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$
$a = 13 - (0.75 \times 2.03)$	$b = 13 + (0.75 \times 2.03)$
$a = 13 - 1.52$	$b = 13 + 1.52$
$a = 11.48$	$b = 14.52$



<b>CATEGORÍAS:</b>	<b>INTERVALO</b>
Buena	> 14
Regular	De 14 – 11
Deficiente	< 11

## MEDICIÓN DE LA VARIABLE- ESCALA DE STANONES

### PARA LA VARIABLE NIVEL DE APOYO FAMILIAR

Es el coeficiente que permitirá conocer los intervalos por puntajes alcanzados en la primera variable.

1.- Se calculó la Media  $\bar{X} = 30$

2.- Se calculó la Desviación Estándar  $DS = \sqrt{ST^2} = 4.4$

3.- Se estableció valores para a y b

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 30 - (0.75 \times 3.3)$$

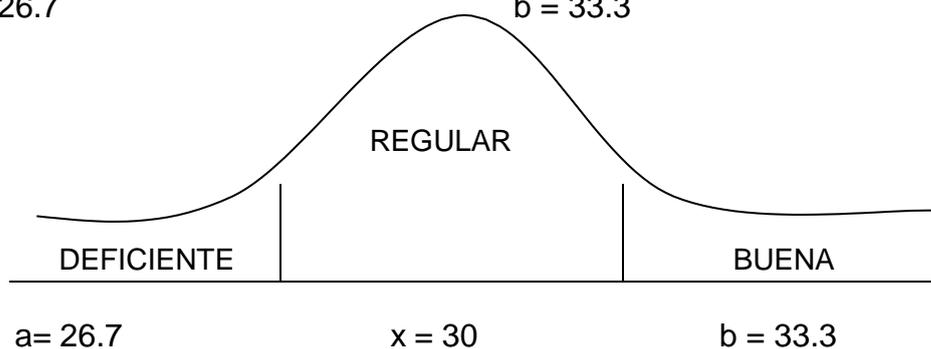
$$b = 30 + (0.75 \times 3.3)$$

$$a = 30 - 3.3$$

$$b = 30 + 3.3$$

$$a = 26.7$$

$$b = 33.3$$



#### CATEGORÍAS:

#### INTERVALO

Buena

> 33

Regular

De 33 – 26

Deficiente

< 26

**ANEXO 7**

**TABLA MATRIZ DE VARIABLE NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

DATOS GENERALES								DIMENSIÓN APOYO AFECTIVO								DIMENSION APOYO INSTRUMENTAL							
N°	1	2	3	4	5	6	ST	7	8	9	10	11	12	13	14	ST	15	16	17	18	19	20	ST
1	1	2	3	1	4	2	13	3	3	3	3	3	2	3	3	23	2	2	3	3	3	2	15
2	1	2	1	1	4	1	10	2	2	3	3	3	3	3	3	22	3	1	3	2	2	3	14
3	1	1	3	1	3	1	10	1	2	2	2	2	2	1	3	15	1	2	2	1	1	1	8
4	1	1	1	1	4	2	10	2	2	3	1	2	2	3	3	18	2	2	3	2	3	2	14
5	2	1	4	3	1	2	13	1	1	2	1	1	1	2	2	11	1	1	2	3	2	3	12
6	1	2	1	1	3	2	10	3	2	2	3	2	3	3	3	21	2	2	1	2	1	2	10
7	1	2	3	1	4	2	13	2	1	2	1	3	2	2	2	15	2	2	2	3	2	3	14
8	1	2	1	1	3	2	10	2	3	3	1	2	1	2	2	16	2	1	2	2	3	2	12
9	1	1	4	4	4	1	15	3	3	2	1	3	2	3	2	19	2	2	2	3	2	3	14
10	1	2	3	1	3	4	14	2	2	1	1	2	1	2	1	12	2	1	2	3	2	2	12
11	1	1	1	1	3	1	8	2	2	2	3	3	3	2	2	19	1	2	2	1	1	1	8
12	1	2	1	1	4	2	11	2	2	3	3	2	2	3	3	20	3	2	3	3	3	2	16
13	2	1	2	4	4	1	14	2	2	3	1	2	2	3	2	17	3	2	1	2	2	3	13
14	3	2	3	4	2	1	15	2	3	1	1	2	2	1	1	13	3	2	3	2	3	2	15
15	3	2	3	1	3	2	14	2	3	3	3	2	2	1	2	18	1	2	2	2	3	3	13

<b>16</b>	3	1	1	1	4	3	<b>13</b>	3	3	3	3	3	2	3	2	<b>22</b>	3	2	3	2	2	2	<b>14</b>
<b>17</b>	3	2	2	4	4	1	<b>16</b>	2	2	3	2	3	2	2	3	<b>19</b>	2	3	2	3	3	1	<b>14</b>
<b>18</b>	1	2	4	4	4	2	<b>17</b>	2	2	2	2	3	2	3	2	<b>18</b>	3	1	3	1	2	3	<b>13</b>
<b>19</b>	1	1	1	1	4	2	<b>10</b>	2	2	1	2	2	1	2	1	<b>13</b>	3	2	3	2	3	2	<b>15</b>
<b>20</b>	1	1	1	1	4	1	<b>9</b>	2	1	1	1	2	1	2	2	<b>12</b>	2	3	1	2	3	3	<b>14</b>
<b>21</b>	1	1	2	1	3	2	<b>10</b>	2	1	1	1	2	2	2	2	<b>13</b>	1	2	1	2	1	2	<b>9</b>
<b>22</b>	2	2	3	1	4	1	<b>13</b>	3	2	2	3	3	2	2	2	<b>19</b>	2	2	1	2	2	3	<b>12</b>
<b>23</b>	1	2	3	1	4	2	<b>13</b>	2	1	1	1	2	2	2	3	<b>14</b>	3	2	1	2	3	1	<b>12</b>
<b>24</b>	2	1	4	4	4	1	<b>16</b>	2	2	1	2	2	3	1	1	<b>14</b>	1	1	2	1	2	2	<b>9</b>
<b>25</b>	1	2	3	1	3	1	<b>11</b>	2	1	2	1	2	2	2	2	<b>14</b>	2	2	2	1	1	1	<b>9</b>
<b>26</b>	1	2	4	4	3	1	<b>15</b>	2	1	1	1	2	1	1	2	<b>11</b>	2	2	1	2	2	3	<b>12</b>
<b>27</b>	2	1	3	1	4	3	<b>14</b>	2	2	2	1	2	1	2	2	<b>14</b>	3	3	1	3	1	2	<b>13</b>
<b>28</b>	1	2	1	4	3	1	<b>12</b>	2	3	3	1	2	1	2	2	<b>16</b>	3	1	2	3	3	2	<b>14</b>
<b>29</b>	1	2	3	1	4	2	<b>13</b>	3	3	3	3	3	3	3	2	<b>23</b>	2	2	2	1	3	3	<b>13</b>
<b>30</b>	2	1	3	1	3	2	<b>12</b>	2	2	3	1	2	1	2	3	<b>16</b>	2	2	1	2	2	2	<b>11</b>
<b>31</b>	1	1	3	2	2	2	<b>11</b>	3	3	3	3	3	2	2	2	<b>21</b>	2	1	3	2	1	1	<b>10</b>
<b>32</b>	1	1	2	4	4	2	<b>14</b>	2	2	2	1	2	2	2	2	<b>15</b>	2	2	2	2	2	2	<b>12</b>
<b>33</b>	1	2	4	4	4	2	<b>17</b>	2	1	2	3	3	2	3	3	<b>19</b>	2	2	2	3	2	3	<b>14</b>
<b>34</b>	1	1	3	1	3	2	<b>11</b>	3	2	2	1	1	2	2	3	<b>16</b>	2	2	2	2	3	1	<b>12</b>
<b>35</b>	2	1	2	2	2	1	<b>10</b>	2	1	2	1	2	3	2	2	<b>15</b>	3	3	2	2	1	2	<b>13</b>

<b>36</b>	2	2	3	1	4	2	<b>14</b>	3	2	3	3	2	3	3	2	<b>21</b>	2	2	3	2	3	3	<b>15</b>
<b>37</b>	3	2	1	4	3	3	<b>16</b>	2	2	2	2	3	3	2	2	<b>18</b>	3	3	1	2	2	1	<b>12</b>
<b>38</b>	1	2	3	1	3	2	<b>12</b>	2	2	3	1	2	3	3	2	<b>18</b>	3	3	3	2	2	2	<b>15</b>
<b>39</b>	1	1	3	4	4	1	<b>14</b>	2	3	3	3	3	3	3	2	<b>22</b>	3	3	2	2	2	3	<b>15</b>
<b>40</b>	1	2	3	2	2	1	<b>11</b>	1	2	2	2	1	2	2	2	<b>14</b>	3	2	1	2	3	1	<b>12</b>
<b>41</b>	1	2	3	1	3	2	<b>12</b>	3	3	2	3	3	3	3	3	<b>23</b>	2	2	3	2	1	3	<b>13</b>
<b>42</b>	1	2	3	1	4	2	<b>13</b>	2	3	2	2	2	3	3	3	<b>20</b>	1	1	2	2	2	2	<b>10</b>
<b>43</b>	1	2	3	2	2	3	<b>13</b>	3	2	3	2	3	3	2	2	<b>20</b>	2	1	2	3	2	2	<b>12</b>
<b>44</b>	3	1	2	1	4	2	<b>13</b>	1	2	3	2	3	2	3	3	<b>19</b>	3	3	3	2	3	2	<b>16</b>
<b>45</b>	1	1	1	4	3	1	<b>11</b>	2	2	2	3	2	2	2	2	<b>17</b>	2	2	1	2	1	1	<b>9</b>
<b>46</b>	1	2	3	1	4	2	<b>13</b>	2	3	1	1	3	3	3	2	<b>18</b>	2	2	1	2	3	3	<b>13</b>
<b>47</b>	1	2	1	3	1	1	<b>9</b>	2	3	2	2	2	3	3	3	<b>20</b>	3	3	2	2	2	1	<b>13</b>
<b>48</b>	1	1	3	1	4	2	<b>12</b>	3	1	2	2	3	1	2	2	<b>16</b>	3	3	2	1	3	2	<b>14</b>
<b>49</b>	1	1	1	3	1	2	<b>9</b>	1	2	3	1	2	3	3	2	<b>17</b>	1	1	3	1	1	2	<b>9</b>
<b>50</b>	1	2	3	1	4	1	<b>12</b>	3	2	3	1	3	3	3	3	<b>21</b>	3	2	1	3	3	2	<b>14</b>
<b>51</b>	3	1	3	1	4	2	<b>14</b>	2	2	3	3	3	2	2	1	<b>18</b>	3	1	3	2	2	2	<b>13</b>
<b>52</b>	1	1	2	2	3	1	<b>10</b>	2	1	1	2	2	2	2	2	<b>14</b>	2	2	2	1	3	1	<b>11</b>
<b>53</b>	1	2	4	1	4	2	<b>14</b>	3	3	3	2	3	3	3	3	<b>23</b>	3	3	3	2	1	3	<b>15</b>
<b>54</b>	1	2	3	1	3	2	<b>12</b>	1	2	1	2	2	1	2	2	<b>13</b>	2	2	2	1	3	2	<b>12</b>

## TABLA MATRIZ

### VARIABLE ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES

N°	EDAD	PESO	TALLA	IMC	DIAGNOSTICO
1	68 años	60kg	1.56cm	24.69	Normal
2	65 años	70kg	1.66cm	25.36	Normal
3	69 años	83kg	1.53cm	35.47	Obesidad
4	63 años	60kg	1.58cm	24.03	Normal
5	75 años	65kg	1.56cm	26.74	Normal
6	66 años	76kg	1.64cm	28.25	sobrepeso
7	65 años	71kg	1.55cm	29.58	sobrepeso
8	69 años	53kg	1.51cm	23.25	Normal
9	67 años	48kg	1.57cm	32.52	Obesidad
10	65 años	56kg	1.62cm	21.37	delgadez
11	70 años	66kg	1.68cm	23.4	Normal
12	63 años	73kg	1.64cm	27.14	Normal
13	75 años	68kg	1.56cm	27.98	Normal
14	79 años	46kg	1.49cm	30.63	sobrepeso
15	77 años	50kg	1.53cm	21.37	delgadez
16	81 años	75kg	1.59cm	29.64	sobrepeso

17	88 años	68kg	1.49cm	30.63	sobrepeso
18	62 años	79kg	1.48cm	31.04	sobrepeso
19	67 años	67kg	1.62cm	25.57	Normal
20	68 años	77kg	1.57cm	31.3	sobrepeso
21	68 años	75kg	1.61cm	28.96	sobrepeso
22	72 años	53kg	1.40cm	27.04	Normal
23	65 años	62kg	1.58cm	24.89	Normal
24	75 años	83kg	1.74cm	28.71	sobrepeso
25	64 años	71kg	1.69cm	22.41	delgadez
26	69 años	70kg	1.58cm	28.11	sobrepeso
27	75 años	50kg	1.55cm	20.83	delgadez
28	70 años	56kg	1.66cm	33.33	Obesidad
29	68 años	63kg	1.54cm	26.58	Normal
30	71 años	59kg	1.67cm	21.15	delgadez
31	66 años	69kg	1.57cm	28.05	sobrepeso
32	62 años	64kg	159cm	25.29	Normal
33	64 años	68kg	1.47cm	31.93	Sobrepeso
34	68 años	75kg	1.52cm	32.46	Obesidad
35	72 años	57kg	1.62cm	29.77	sobrepeso

36	75 años	66kg	1.55cm	28.33	sobrepeso
37	81 años	62kg	1.47cm	28.7	sobrepeso
38	65 años	46kg	1.52cm	19.91	delgadez
39	62 años	70kg	1.48cm	28.83	Sobrepeso
40	65 años	76kg	1.58cm	30.52	sobrepeso
41	70 años	50kg	1.55cm	24.16	Normal
42	64 años	45kg	1.49cm	29.81	sobrepeso
43	68 años	75kg	1.61cm	28.96	sobrepeso
44	78 años	79kg	1.63cm	29.69	sobrepeso
45	66 años	54kg	1.63cm	21.8	delgadez
46	70 años	75kg	1.61cm	28.96	sobrepeso
47	63 años	79kg	1.63cm	26.88	Normal
48	62 años	68kg	1.59cm	27.57	Normal
49	67 años	75kg	1.54cm	31.65	sobrepeso
50	69 años	63kg	1.48cm	28.77	sobrepeso
51	82 años	72kg	1.65cm	26.47	Normal
52	65 años	78kg	1.61cm	30.12	sobrepeso
53	68 años	59kg	1.68cm	20.92	delgadez
54	61 años	75kg	1.65cm	22.09	delgadez

## ANEXO 9

### TABLA 2

**NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN APOYO AFECTIVO DE  
LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS  
DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA  
VICTORIA SAN JOAQUIN ICA,  
JULIO 2017**

<b>APOYO AFECTIVO</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
BUENO (>20)	10	18.52%
REGULAR (20 - 15)	29	53.70%
DEFICIENTE (< 15)	15	27.78%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

### TABLA 3

**NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN APOYO INSTRUMENTAL  
DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS  
DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA  
SAN JOAQUIN ICA,  
JULIO 2017**

<b>APOYO INSTRUMENTAL</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
BUENO (>14)	9	16.67%
REGULAR (14 - 11)	35	64.10%
DEFICIENTE (<11)	10	18.52%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

**TABLA 4**

**NIVEL DE APOYO FAMILIAR GLOBAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN  
LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAR DAMNIFICADAS LAS LOMAS  
DE LA VICTORIA SAN JOAQUIN ICA,  
JULIO 2017**

<b>GLOBAL</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
BUENO (> 33)	10	18.52%
REGULAR 33 – 26	35	64.81%
DEFICIENTE (< 26)	9	16.67%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

**TABLA 5**

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA  
ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS  
DE LA VICTORIA SAN JOAQUIN ICA,  
JULIO 2017**

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>		<b>Fr</b>	<b>%</b>
	NORMAL	17	31.48%
<b>INADECUADO</b>	DELGADEZ	9	16.67%
	SOBREPESO	24	44.44%
	OBESIDAD	4	7.41%
	<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>



## ANEXO N° 10

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el trabajo de investigación titulada, **“NIVEL DE APOYO FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACION DE FAMILIAS DAMNIFICADAS LAS LOMAS DE LA VICTORIA SAN JOAQUIN”** realizado por la bachiller López Huamán Carol egresada de La Universidad Privada San Juan Bautista.

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado estudio de investigación. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, respetando sus derechos humanos y sus principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no es necesario anotar su nombre y apellidos en los instrumentos que se les aplicara.

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, considero en forma voluntaria su participación en el estudio.

---

Firma del egresado

---

Firma del investigado

## ANEXO N° 11

### VALORACION NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

	CLASIFICACIÓN									
	PESO (kg)									
	Delgadez				Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	Puntaje MINI	0	1	2	3	3	3	3	3	3
IMC	< 19	> = 19	< 21	> = 21	23	> 23 *	< 28	> = 28	< 32	> = 32
Talla (m)										
1,30	32,0	32,1	35,3	35,4	38,8	38,9	47,2	47,3	53,9	54,0
1,31	32,5	32,6	35,9	36,0	39,4	39,5	47,9	48,0	54,8	54,9
1,32	33,0	33,1	36,4	36,5	40,0	40,1	48,6	48,7	55,6	55,7
1,33	33,5	33,6	37,0	37,1	40,6	40,7	49,4	49,5	56,5	56,6
1,34	34,0	34,1	37,6	37,7	41,2	41,3	50,1	50,2	57,3	57,4
1,35	34,5	34,6	38,1	38,2	41,9	42,0	50,9	51,0	58,2	58,3
1,36	35,0	35,1	38,7	38,8	42,5	42,6	51,6	51,7	59,0	59,1
1,37	35,5	35,6	39,3	39,4	43,1	43,2	52,4	52,5	59,9	60,0
1,38	36,0	36,1	39,8	39,9	43,8	43,9	53,2	53,3	60,8	60,9
1,39	36,6	36,7	40,4	40,5	44,4	44,5	53,9	54,0	61,7	61,8
1,40	37,1	37,2	41,0	41,1	45,0	45,1	54,7	54,8	62,6	62,7
1,41	37,6	37,7	41,6	41,7	45,7	45,8	55,5	55,6	63,5	63,6
1,42	38,2	38,3	42,2	42,3	46,4	46,4	56,3	56,4	64,4	64,5
1,43	38,7	38,8	42,8	42,9	47,0	47,1	57,1	57,2	65,3	65,4
1,44	39,2	39,3	43,4	43,5	47,6	47,7	57,9	58,0	66,2	66,3
1,45	39,8	39,9	44,0	44,1	48,3	48,4	58,7	58,8	67,1	67,2
1,46	40,4	40,5	44,6	44,7	49,0	49,1	59,5	59,6	68,1	68,2
1,47	40,9	41,0	45,2	45,3	49,7	49,8	60,4	60,5	69,0	69,1
1,48	41,5	41,6	45,8	45,9	50,3	50,4	61,2	61,3	69,9	70,0
1,49	42,0	42,1	46,5	46,6	51,0	51,1	62,0	62,1	70,9	71,0
1,50	42,6	42,7	47,1	47,2	51,7	51,8	62,9	63,0	71,9	72,0
1,51	43,2	43,3	47,7	47,8	52,4	52,5	63,7	63,8	72,8	72,9
1,52	43,7	43,8	48,4	48,5	53,1	53,2	64,5	64,6	73,8	73,9
1,53	44,3	44,4	49,0	49,1	53,8	53,9	65,4	65,5	74,8	74,9
1,54	44,9	45,0	49,7	49,8	54,5	54,6	66,3	66,4	75,7	75,8
1,55	45,5	45,6	50,3	50,4	55,2	55,3	67,1	67,2	76,7	76,8
1,56	46,1	46,2	51,0	51,1	55,9	56,0	68,0	68,1	77,7	77,8
1,57	46,7	46,8	51,6	51,7	56,6	56,7	68,9	69,0	78,7	78,8
1,58	47,3	47,4	52,3	52,4	57,4	57,5	69,7	69,8	79,7	79,8
1,59	47,9	48,0	52,9	53,0	58,1	58,2	70,6	70,7	80,7	80,8
1,60	48,5	48,6	53,6	53,7	58,8	58,9	71,5	71,6	81,8	81,9
1,61	49,1	49,2	54,3	54,4	59,6	59,7	72,4	72,5	82,8	82,9
1,62	49,7	49,8	55,0	55,1	60,3	60,4	73,3	73,4	83,8	83,9
1,63	50,3	50,4	55,6	55,7	61,1	61,2	74,2	74,3	84,9	85,0
1,64	51,0	51,1	56,3	56,4	61,8	61,9	75,2	75,3	85,9	86,0
1,65	51,6	51,7	57,0	57,1	62,6	62,7	76,1	76,2	87,0	87,1
1,66	52,2	52,3	57,7	57,8	63,3	63,4	77,0	77,1	88,0	88,1
1,67	52,8	52,9	58,4	58,5	64,1	64,2	77,9	78,0	89,1	89,2
1,68	53,5	53,6	59,1	59,2	64,9	65,0	78,9	79,0	90,2	90,3
1,69	54,1	54,2	59,8	59,9	65,6	65,7	79,8	79,9	91,2	91,3
1,70	54,8	54,9	60,5	60,6	66,4	66,5	80,8	80,9	92,3	92,4
1,71	55,4	55,5	61,3	61,4	67,2	67,3	81,7	81,8	93,4	93,5
1,72	56,1	56,2	62,0	62,1	68,0	68,1	82,7	82,8	94,5	94,6
1,73	56,7	56,8	62,7	62,8	68,8	68,9	83,7	83,8	95,6	95,7
1,74	57,4	57,5	63,4	63,5	69,6	69,7	84,6	84,7	96,7	96,8
1,75	58,0	58,1	64,2	64,3	70,4	70,5	85,6	85,7	97,9	98,0
1,76	58,7	58,8	64,9	65,0	71,2	71,3	86,6	86,7	99,0	99,1
1,77	59,4	59,5	65,6	65,7	72,0	72,1	87,6	87,7	100,1	100,2
1,78	60,0	60,1	66,4	66,5	72,8	72,9	88,6	88,7	101,2	101,3
1,79	60,7	60,8	67,1	67,2	73,6	73,7	89,6	89,7	102,4	102,5
1,80	61,4	61,5	67,9	68,0	74,5	74,6	90,6	90,7	103,5	103,6
1,81	62,1	62,2	68,6	68,7	75,3	75,4	91,6	91,7	104,7	104,8
1,82	62,8	62,9	69,4	69,5	76,1	76,2	92,6	92,7	105,8	105,9
1,83	63,5	63,6	70,2	70,3	77,0	77,1	93,6	93,7	107,0	107,1
1,84	64,2	64,3	70,9	71,0	77,8	77,9	94,6	94,7	108,2	108,3
1,85	64,9	65,0	71,7	71,8	78,7	78,8	95,7	95,8	109,4	109,5