

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



**VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL Y  
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y  
ECONÓMICAS DEL ADULTO MAYOR  
QUE ACUDE AL CENTRO DE  
SALUD TATE ICA  
JULIO 2017**

**TESIS**

**PRESENTADO POR BACHILLER**

**LÓPEZ RAMIREZ MARÍA MARLIZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

**ICA – PERÚ**

**2018**

**ASESORA:**  
**DRA. OLINDA OSCCO TORRES**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradecer a Dios por guiarme por el camino correcto y por permitir que llegue a cumplir mis metas, logrando así realizarme profesionalmente.

A mis padres por su gran amor, confianza y apoyo incondicional hacia mí, por su ejemplo y palabras que me impulsaron a ser mejor y seguir superándome día a día.

A mi Alma Mater Universidad Privada San Juan Bautista por ser la mejor en la región, formando grandes profesionales bien preparados para el futuro.

## **DEDICATORIA**

A mis abuelos que desde el cielo siempre me iluminaron.

A mis padres Luís y Dominga por su apoyo incondicional, por su ejemplo, amor y cariño.

A mi hija Larissa que es mi motor y motivo para seguir superándome día a día.

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la valoración del riesgo nutricional y características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al Centro de Salud Tate Ica, julio 2017. El estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal. La técnica utilizada para ambas variables fue la encuesta con su instrumento el cuestionario. La población-muestra estuvo conformada por 48 adultos mayores, según los criterios de inclusión y exclusión. Se evidencia resultados en los datos generales de los adultos mayores donde el 54%(26) ha tenido ingresos hospitalarios en el último año, el 83%(40) no han tenido cirugías en el último año, el 65%(31) refieren que a veces tienen vómitos y finalmente el 65%(31) come habitualmente en su casa. Respecto a la variable Valoración del riesgo nutricional según el test de salud nutricional de los adultos mayores es de riesgo nutricional moderado en 60%(29), estado nutricional bueno en 23%(11) y finalmente riesgo nutricional alto en 17%(8). Respecto a la variable características demográficas y económicas; en la dimensión demográfica predomina el sexo femenino en 63%(30), casados en 79%(38), tienen de 3 a más hijos en 46%(22) viven con su cónyuge en 63%(30) finalmente tienen grado de instrucción secundaria en 63%(30), en la dimensión características económicas predominan los que tienen ingresos menores a 850 soles no trabajan actualmente en 87%(42), reciben una pensión de jubilación en 71%(34) y tienen vivienda propia en 63%(30). Conclusiones: La valoración del riesgo nutricional del adulto mayor que acude al Centro de Salud de Tate Ica, julio 2017 según el Test de salud nutricional (Nutritional screening initiative) es de riesgo nutricional moderado rechazándose la hipótesis derivada 1 de la investigación y las características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al Centro de Salud de Tate Ica, julio 2017 son significativas aceptándose la hipótesis derivada 2 planteada en la investigación.

Palabras clave: **Valoración nutricional, características demográficas, económicas, adulto mayor.**

## ABSTRACT

The objective of the research was to determine the nutritional risk assessment and demographic and economic characteristics of the elderly who attend the Tate Ica Health Center, July 2017. The study is quantitative, descriptive and cross-sectional. The technique used for both variables was the questionnaire survey with its instrument. The sample population consisted of 48 older adults, according to the inclusion and exclusion criteria. Results are shown in the general data of older adults where 54% (26) have had hospital admissions in the last year, 83% (40) have not had surgeries in the last year, 65% (31) report that sometimes they have vomiting and finally 65% (31) usually eat at home. Regarding the variable Nutritional risk assessment according to the nutritional health test of the elderly is moderate nutritional risk in 60% (29), good nutritional status in 23% (11) and finally high nutritional risk in 17% (8) . Regarding the variable demographic and economic characteristics; in the demographic dimension, the female sex predominates in 63% (30), married in 79% (38), have 3 or more children in 46% (22) live with their spouse in 63% (30) finally have a degree of education secondary in 63% (30), in the economic characteristics dimension, those with incomes lower than 850 soles do not currently work in 87% (42), receive a retirement pension in 71% (34) and have their own home in 63% (30) Conclusions: The nutritional risk assessment of the elderly who comes to the Tate Ica Health Center, July 2017 according to the Nutritional screening initiative is of moderate nutritional risk, rejecting the hypothesis derived from the research and the demographic characteristics. and economic benefits of the older adult who comes to the Tate Ica Health Center, July 2017, are significant, accepting the derived hypothesis 2 raised in the research.

Key words: **Nutritional assessment, demographic, economic characteristics, older adult.**

## **PRESENTACIÓN**

La población adulta mayor experimenta un proceso de envejecimiento fisiológico lo cual puede conllevar a una declinación de la funcionalidad del organismo, que puede crear mayor vulnerabilidad al medio interno y externo por pérdida de las reservas fisiológicas y ser propenso a un estado de fragilidad. El estado nutricional del adulto mayor se relaciona con su proceso de envejecimiento, deterioro de sus capacidades funcionales, se relaciona con su propio proceso de envejecimiento y con la situación socioeconómica en que se encuentra. Por ello, al ser afectados estos elementos, se pone en riesgo su situación nutricional, fragilidad y por ende su calidad de vida. El estudio tiene como objetivo de determinar la valoración del riesgo nutricional y características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al Centro de salud Tate Ica, julio 2017, con el propósito de desarrollar actividades preventivo promocionales con la participación activa de la comunidad a las autoridades sanitarias del Centro de salud de la jurisdicción a fin de promover estrategias que permitan obtener cambios de comportamiento y actitudes favorables para una alimentación sana y equilibrada que evite que presente factores de riesgo nutricional, así como las características demográficas y económicas siendo útiles a la sociedad y su familia.

Esta investigación está organizado en 5 capítulos: En el capítulo I se encuentra: 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 bibliográficos, base teórica, hipótesis, variables, definición operacional de términos. En el capítulo III, la 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 comprende: Análisis de los resultados. En el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
<b>I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>I.b.. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>15</b>
<b>I.c. OBJETIVOS:</b>	<b>15</b>
<b>I.c.1.GENERAL</b>	<b>15</b>
<b>I.c.2.ESPECÍFICOS</b>	<b>15</b>
<b>I.d. JUSTIFICACIÓN.</b>	<b>16</b>
<b>I.e. PROPÓSITO</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
<b>II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS</b>	<b>18</b>
<b>II.b. BASE TEÓRICA</b>	<b>23</b>
<b>II.c. HIPÓTESIS</b>	<b>37</b>
<b>II.d. VARIABLES</b>	<b>37</b>
<b>II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS</b>	<b>37</b>

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
<b>III.a</b> TIPO DE ESTUDIO	<b>39</b>
<b>III.b.</b> ÁREA DE ESTUDIO	<b>39</b>
<b>III.c.</b> POBLACIÓN Y MUESTRA	<b>39</b>
<b>III.d..</b> TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	<b>40</b>
<b>III.e</b> DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	<b>40</b>
<b>III.f.</b> PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
<b>IV.a.</b> RESULTADOS	<b>42</b>
<b>IV.b.</b> DISCUSIÓN	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>V.a.</b> CONCLUSIONES	<b>51</b>
<b>V.b.</b> RECOMENDACIONES	<b>52</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<b>53</b>
BIBLIOGRAFÍA	<b>58</b>
ANEXOS	<b>61</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>N°</b>		<b>PÁG.</b>
<b>1</b>	DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD TATE ICA JULIO 2017.	<b>42</b>
<b>2</b>	VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL SEGÚN TEST DE SALUD NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD TATE ICA JULIO 2017.	<b>80</b>
<b>3</b>	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD. TATE ICA JULIO 2017.	<b>81</b>
<b>4</b>	CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD TATE ICA JULIO 2017.	<b>82</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>N°</b>		<b>PÁG.</b>
<b>1</b>	VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL SEGÚN TEST DE SALUD NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD. TATE ICA JULIO 2017.	<b>43</b>
<b>2</b>	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD TATE ICA JULIO 2017.	<b>44</b>
<b>3</b>	CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD. TATE ICA JULIO 2017.	<b>46</b>

## LISTA DE ANEXOS

<b>N°</b>		<b>PÁG.</b>
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	63
2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
3	PRUEBA BINOMIAL	70
4	TABLA DE CÓDIGO DE RESPUESTAS	71
5	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	73
6	TABLA MATRIZ DE VARIABLES	74
7	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES	80

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

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

La Organización Mundial de la Salud reconoció a la población adulta mayor como nutricionalmente vulnerable; sin embargo, esta población es la menos estudiada en el mundo. <sup>1</sup>

En las últimas décadas la malnutrición en el adulto mayor se presenta como uno de los más grandes síndromes geriátricos de gran importancia, que implica un proceso patológico muy complejo que abarca consecuencias negativas para la salud y consecuentemente aumenta la morbimortalidad, convirtiéndose así en un problema de salud pública mundial con un gran gasto personal, social y sanitario. <sup>2</sup>

En Argentina se realizó un estudio en el año 2015 a 100 adultos mayores institucionalizados, el cual demostró que la prevalencia de malnutrición es de un 14% y de riesgo de malnutrición un 58 %. <sup>3</sup>

En Ecuador, las principales causas de muerte en adultos mayores de 65 años son las enfermedades crónicas influenciadas por factores dietéticos como la diabetes mellitus tipo II, padecimientos cardiovasculares, pulmonares y cáncer; enfermedades relacionados directamente al riesgo nutricional o malnutrición. <sup>4</sup>

Al respecto en Perú, en el año 2015, el estado nutricional de los adultos mayores, mostró un notable aumento de la delgadez (24.3%; IC 95: 22.3;26.5), y cierta disminución del sobrepeso (21.8%; IC 95%: 19.9;23.9) y obesidad (11.3%; IC 95%: 9.7;13.2), comparado con el estado nutricional del adulto”.<sup>5</sup>

Cuatro de cada 10 hogares están formados por al menos una persona adulta mayor. El mayor envejecimiento es mundial, y el Perú no es ajeno a

ello. De ahí, la gran cantidad de hogares con personas mayores de 60 años. Por eso seguimos sensibilizando sobre los derechos de este sector de la población; el aumento de este grupo etáreo, se debe, entre otras cosas, a los avances médicos y a la elevación de la esperanza de vida a 77 años".<sup>6</sup>

Actualmente, la población adulto mayor de 60 años representa el 9,1% de la población total del Perú y 33,8% de esta población habita en Lima. También ocuparse de los problemas de este grupo es complejo, considerado como un grupo de riesgo de problemas de salud y nutrición causados por una serie de factores fisiológicos y socio-económicos. Por lo tanto, es necesario conocer sus hábitos alimenticios, el estado nutricional; y se asocian con el nivel socioeconómico.<sup>7</sup>

En la actualidad, las características demográficas del Perú permiten considerarlo como un país de envejecimiento moderado. En efecto, a septiembre de 2012, las personas de 60 a 79 años de edad representaron 7,6% de la población total mientras que los adultos de 80 a más años correspondieron al 1,4%; sin embargo, debido a los cambios en la dinámica poblacional que el Perú viene experimentando desde la segunda mitad del siglo XX se prevé que dicha situación se modifique drásticamente hacia finales del siglo XXI. En particular se espera que la población de 65 años a más pase de significar de alrededor del 6% de la población total en la actualidad a cerca del 17,1% en 2025 y 29,9% en 2100. Se tiene que un 24,9% de los adultos mayores registran no haber alcanzado ningún nivel educativo mientras que alrededor del 30% no culminaron los estudios del nivel primario. Únicamente un 4,4% logró culminar los estudios universitarios mientras que menos del 1% continuaron estudios de postgrado.<sup>8</sup>

Mucha gente adulta mayor come una cantidad reducida de alimentos por motivos que pueden variar desde la falta de apetito ante la situación de comer solo, hasta la imposibilidad física de salir a comprar alimentos y

prepararlos, razones de tipo económico o por disminución de los sentidos del gusto u olfato con lo que existe una menor posibilidad para diferenciar los sabores.<sup>9</sup>

Situación que se observa en el distrito de Tate, donde los adultos mayores de la zona están adelgazados y también con sobrepeso, asimismo son jubilados ya no trabajan por lo que tienen un ingreso económico limitado y otros adultos mayores dependen de sus hijos.

En vista de lo antes planteado se formula la siguiente interrogante:

#### **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la valoración del riesgo nutricional y características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al Centro de Salud Tate Ica, julio 2017?

#### **I.c. OBJETIVOS:**

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

Determinar la valoración del riesgo nutricional y características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al Centro de Salud Tate Ica, julio 2017.

##### **I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**OE1:** Identificar la valoración del riesgo nutricional del adulto mayor que acude al Centro de Salud Tate Ica, julio 2017 según sea:

- Test de salud nutricional ( Nutritional screening initiative)

**OE2.** Identificar las características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al Centro de Salud Tate Ica, julio 2017 según sea:

- Demográficas
- Económicas

#### **I.d. JUSTIFICACIÓN:**

La investigación tiene como fin investigar sobre la valoración del riesgo nutricional y las características demográficas y económicas del adulto mayor del distrito de Tate, debido a que este pasa por el proceso de envejecimiento y como tal sufre una serie de cambios donde en su mayoría prevalece un entorno difícil que incide en el estado nutricional y el consumo de alimentos ya sea por la tendencia a una ganancia o pérdida de peso que puede desencadenar en enfermedades en esta etapa de vida.

Se resalta la necesidad de tener una vida saludable y a evitar desencadenar posibles enfermedades en cuanto al estado nutricional, en donde destaca el papel del profesional de enfermería en la promoción de un estilo de vida saludable. Así mismo se identificará al adulto mayor con riesgo en el ámbito nutricional siendo afectado por los factores tanto sociales como económicos y la realidad de este grupo etéreo vulnerable debido al proceso de envejecimiento ya que el avance de la tecnología en el área de la salud y sobre todo la promoción de la salud en la atención primaria dirigida a los adultos mayores en el fomento de un envejecimiento satisfactorio orientando las acciones como profesional de enfermería en la identificación de los factores económicos y demográficos que interfieren en la búsqueda de servicios de salud para los adultos mayores.

#### **I.e. PROPÓSITO:**

Los resultados de la investigación servirán para proporcionar información sobre la valoración del riesgo nutricional y características demográficas y económicas del adulto mayor a las autoridades sanitarias del Centro de Salud de la jurisdicción a fin de promover estrategias que permitan obtener cambios de comportamiento y actitudes favorables para una alimentación sana y equilibrada que evite que presente factores de riesgo nutricional.

A través de la promoción y prevención se dará a conocer a los adultos mayores y la familia la importancia que tiene una alimentación balanceada y así contar con buena salud logrando de alguna manera, el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor y a su vez pondrán tener una vida más funcional con características demográficas y económicas siendo útiles a la sociedad y su familia.

Asimismo, amerita nuevas investigaciones a futuro y posiblemente brindar asesoría nutricional a fin de evitar situaciones de riesgo nutricional en el adulto mayor.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Montejano R. En el año 2013, realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal con el objetivo de determinar el **ESTUDIO DEL RIESGO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES AUTÓNOMOS NO-INSTITUCIONALIZADOS. ESPAÑA**. Contó con una población de 660 adultos mayores. Los sujetos se evaluaron en 12 centros sociales seleccionados a través de un muestreo estratificado de bloques. Fueron criterios de inclusión: tener 65 años o mayores que viven en casa con autonomía funcional, con más de un año en la provincia de Valencia, asistir regularmente a los centros sociales y que quiere colaborar. Resultados: De los 660 pacientes incluidos en el estudio, 48.33% son hombres y 51.6% mujeres, con una edad promedio de  $74,3 \pm 6,57$  años. Un 23,3% de los encuestados estaba en riesgo de desnutrición. La prevalencia del riesgo de desnutrición es mayor en las mujeres que en los varones (OR = 1,43) los  $\geq 85$  años, en comparación con el grupo de 65-69 años (OR = 2,27), o las personas casadas viudas con respecto con una pareja estable (OR = 1,82) y sin educación en comparación con los que tienen un cierto nivel de educación (OR =1,73). Conclusiones: La prevalencia de riesgo nutricional en los centros de la comunidad, no institucionalizada en la provincia de Valencia alcanzó a uno de cada cuatro, siendo mayor para las viudas (principalmente mujeres mayores que viven solas) y personas sin educación. <sup>2</sup>

Merchán J, Muñoz K. En el año 2017 realizaron un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de determinar la **VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES EN “MI ESPACIO DE SABIDURÍA” DEL MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. CUENCA ECUADOR**. El universo fue representado por 108 adultos mayores, en los cuales se valoró el riesgo nutricional aplicando las encuestas: Mini Nutritional Assessment (MNA); índice de resumen de

actividad física YALE (Physical Activity Survey), y ficha de registro de información que incluyó características sociodemográficas, nivel económico, riesgo cardiovascular y presencia de enfermedades crónicas. Resultados: La población estuvo representado por 78% del género femenino y el 22% del género masculino, siendo la prevalencia de riesgo nutricional un porcentaje de 78,7%, en relación al estado nutricional adecuado normal del 19,4% y malnutrición con un valor de 1,9%. Además se demostró la asociación de riesgo nutricional con factores como el nivel de instrucción académica, demostrando mayor riesgo en instrucción incompleta o sin instrucción con un 58,2%; riesgo cardiovascular con un 55.6%: nivel socioeconómico bajo con un porcentaje de 41,7%; sedentarismo con un 61,1% y presencia de enfermedades crónicas con el 53,7%. Conclusiones: Es importante tener en cuenta que los cambios fisiológicos que tienen lugar durante el envejecimiento no deben producir un impacto severo en el estado nutricional del adulto mayor; por lo tanto es necesario intervenir oportunamente. <sup>10</sup>

Novoa P, Seclen F. En el año 2016 realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal con el objetivo de identificar los **FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD JOSÉ QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO**. Tuvo una población muestral de 40 adultos mayores, donde se aplicó instrumentos como guía de recolección de datos y cuestionario. Los datos se procesaron en Excel utilizando el alfa de Cronbach. Los resultados revelan alteraciones nutricionales donde el 42.5% presentan sobrepeso, seguido del 17.5% con obesidad en mujeres, mientras que los porcentajes bajos son el 10% de los varones que tienen un IMC que indica sobrepeso y 5% presenta un IMC que indica obesidad. En cuanto a los factores sociales que influyen en el estado nutricional presenta mayor incidencia en adultos mayores viudos con el 48%; seguido del

20% que son casados. Además se tiene que el 50% vive con sus hijos, seguido del 18% que vive solo(a). Asimismo se tiene que el 84% tienen solo estudios primarios. Según factores económicos se obtuvo que el 92,5% tienen ingresos menores a S/. 500; el 5% tienen ingresos entre S/.500-S/.1000; en cuanto a si sufre enfermedades o consume fármacos se tiene que el 77,5% si lo padece. Conclusiones: Al entrar en contacto con los adultos mayores permitió identificar los factores sociales los cuales tienen mayor influencia en cuanto a su estado nutricional. Se identificó los factores económicos como el ingreso económico mensual, los cuales influyeron en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro d Salud José Quiñones Gonzales- Chiclayo 2016. <sup>11</sup>

Tarqui C. En el año 2014 realizó una investigación cuantitativa, analítica transversal con el objetivo de identificar el **ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO A CARACTERÍSTICAS SOCIALES EN EL ADULTO MAYOR PERUANO**. El estado nutricional se evaluó mediante el índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con la clasificación del estado nutricional de las personas mayores en el Ministerio de Salud del Perú. Para el análisis estadístico fue considerado la Ponderación necesaria para muestras complejas. Han sido incluidos 7267 Adultos Mayores con edad promedio de 70 y 80 años. Un 26,8% presentó delgadez, 21,7% sobrepeso y 10,6% obesidad. Con analfabetismo (95%), nivel educativo primario (95%), pobreza extrema (95%), residir en área rural (95%), todos estos factores se asocian a la delgadez. El sexo femenino, residir en área urbana o costa y no ser pobre se asoció a sobrepeso. El sexo femenino, nivel educativo primario y secundario; vivir en área urbana, la costa, Lima Metropolitana selva y no ser pobre se asociaron a obesidad. Conclusiones. Los datos sugieren que tanto la delgadez como el exceso de peso son frecuentes en la población de adultos mayores estudiada.

12

Sánchez F, De la Cruz F, Cereceda M. En el año 2014 realizaron una investigación cuantitativa con el objetivo de evaluar la **ASOCIACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA MUNICIPAL. LIMA**. Participaron las personas mayores de 60 años de ambos sexos. El peso y talla se determinó a 115 personas mayores de 60 años que participaron regularmente en el Programa Municipal. Una encuesta para determinar hábitos alimenticios y otra para establecerla condición socioeconómica. La determinación del estado socioeconómico se hizo a través de una encuesta basada en la escala de Graffar modificado por Méndez-Castellano, que se divide en cuatro partes se ha aplicado: el nivel de educación y ocupación del jefe del hogar; nivel de educación de la esposa del cabeza de familia y la última parte se dirige al caso de las características de vivienda, el material predominante de este y el saneamiento están allí; cada uno con su respectiva puntuación para clasificar la población por condición socioeconómica". "Los dos validados previamente. Por lo tanto, se encontró la prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesos (19,1%). "El 65,2% presentó hábito alimenticio inadecuado. Los adultos mayores (AM) se ubicaron en el Nivel Socio Económico (NSE) medio bajo (37%) y en el NSE medio (33%). Conclusiones: Se ha evidenciado asociación entre estado nutricional, hábitos alimenticios y el nivel socioeconómico. Por otro lado, en la población adulta mayor existe una relación directa entre hábito alimentario inadecuado y enfermedad crónica no transmisible".<sup>13</sup>

Manayalle P. Realizó un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de establecer las **CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE**. Se incluyeron 208 personas de 60 años a más pertenecientes a los Centros del Adulto Mayor, mediante un muestreo obtenido con el programa estadístico

EPIDAT 3.1, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia; se aplicó el Mini Nutritional Assessment y una escala socioeconómico adaptado a la población lambayecana. Como resultado el 29.30% de adultos mayores tiene riesgo de malnutrición y 2.4% malnutrición, el Índice de Masa Corporal promedio es  $27.52 \pm 3.8$ , el 11.10%, disminución del apetito en 24%. El nivel socioeconómico tiene asociación ( $p=0.003$ ) con el estado de nutrición según el MNA. Conclusiones: El 2.4% de adultos mayores identificados con malnutrición tiene enfermedad aguda o estrés y demencia o depresión. El nivel socioeconómico de ellos es entre Bajo Superior y NSE E Marginal.<sup>14</sup>

Cárdenas H, Roldán L. En el año 2013 realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional con el objetivo de establecer la **RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DE PERÚ**, El estado nutricional se evaluó mediante el índice de masa corporal (IMC). Los adultos mayores se clasificaron según el IMC: normal es de 22-27, el sobrepeso y la obesidad a partir de 27.1 a 29.9  $\geq 30$  kg / m<sup>2</sup>. Resultados: La prevalencia de sobrepeso fue del 48%(26% en peso y obesidad 22,3%) sin diferencia significativa entre los niveles socioeconómicos (SES) ( $p = 0,088$ ). Se informó con mayor obesidad en mujeres y NSE (Nivel socio económico) diferencias significativas ( $p = 0,030$ ). Se observó mayor prevalencia de la obesidad en las mujeres de alto NSE (32%)". La influencia significativa NSE en el consumo de grasas, vitamina C y calcio. Conclusiones: La situación y el consumo de nutrientes nutricional adultos mayores mostraron ninguna relación con el estatus socioeconómico. Otro estudio mostró que los problemas económicos, funcionales y psicosociales influyen negativamente en la salud del adulto mayor en Lima Metropolitana. <sup>15</sup>

Mejía Ch, Palomino S. En el año 2012 realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la **EVALUACIÓN DEL**

## **ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB SOCIAL LOS TRIUNFADORES LAS LOMAS DE VILLA ANCÓN LIMA.**

Realizado en 70 adultos mayores ubicado en el distrito de Ancón a los que se aplicó un instrumento validado Mini Nutritional Assessment (MNA) para determinar el estado nutricional en normal, riesgo de desnutrición y desnutrición. Se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables. Resultados: el 42.86% de la población de estudio se encuentra en riesgo de desnutrición, el 38.57% en desnutrición. Conclusiones: Más de la mitad de los adultos mayores del club social Los Triunfadores se encuentra en estado nutricional en riesgo y desnutrición. <sup>16</sup>

**Los antecedentes de investigación presentados, han sido empleados para realizar la discusión de la investigación y relacionar los hallazgos de los mismos con los resultados obtenidos en la investigación, de ellos se logró obtener información importante que relacionan el riesgo nutricional con las características demográficas y económicas del adulto mayor, además de ello sirvió de ayuda en el aspecto metodológico de la investigación.**

### **II.b. BASE TEÓRICA**

#### **VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL**

Muchos adultos mayores están en riesgo de desarrollar malnutrición, la falta de nutrición adecuada para mantener la salud. <sup>17</sup>

Por ello es importante consumir una dieta equilibrada y variada para tener un buen estado nutricional.

La falta de apetito está fuertemente relacionada al desarrollo de malnutrición. <sup>18</sup>

Sabido es que los adultos mayores están en declive funcional, las papilas gustativas pierden su función, el adulto mayor no percibe los sabores por lo tanto no siente sabor a las comidas y come poco o muy poco.

Los problemas para pasar los alimentos también pueden llevar a un menor consumo de alimentos. <sup>19</sup>

Los adultos mayores que viven solos pueden tener dificultad en comprar y transportar los alimentos a sus hogares, y pueden tener dificultad en preparar comidas nutritivas. Muchos medicamentos comunes contribuyen a un bajo consumo de alimentos, con efectos secundarios como náusea, boca seca y molestias gastrointestinales. <sup>17</sup>

Estar bien alimentado sirve para disminuir la mortalidad y para prevenir enfermedades e incapacidades, es decir, que hay que comer correctamente para conservar el organismo en buena forma y la mente en plenitud. Ésta norma es importante a cualquier edad, pero quizás mucho más en adultos mayores.

La malnutrición puede tener múltiples manifestaciones de acuerdo al consumo deficiente o excesivo. En este sentido, la desnutrición proteínica y proteínica-energética son dos de las principales formas de deficiencias nutricionales con frecuencia no reconocidas, siendo estas condiciones comunes entre los adultos mayores institucionalizados, hospitalizados y los enfermos críticos. En el otro extremo, está el consumo persistente de cantidades excesivas de uno o más nutrientes con consecuencias adversas similares, de ahí que las formas de malnutrición que resultan del consumo excesivo incluyen hipercolesterolemia, hipervitaminosis y obesidad, produciéndose a la par carencias de algunos micronutrientes. <sup>20</sup>

La pérdida de peso es frecuentemente la primera y más importante señal de que la ingesta de alimentos es inadecuada.

La malnutrición en adultos mayores, particularmente en hogares de cuidado, puede llevar a muchos problemas serios de salud. <sup>21</sup>

Las consecuencias de la malnutrición incluyen:

Infecciones

Neumonía

Caídas y fracturas

Desordenes digestivos

Ruptura de la piel, úlceras por presión

Confusión, problemas de memoria.

### **Energía y proteína**

Cuando la pérdida de peso ha ocurrido, el ingreso total de alimentos y energía (calorías) son insuficientes. Esto conlleva a la pérdida de grasa corporal y músculo. La pérdida del músculo conduce a problemas de debilidad y movilidad.<sup>22</sup>

La pérdida de grasa corporal significa que hay menos energía almacenada en caso de enfermedad y menos relleno lo cual puede causar incomodidad y un aumento de riesgo para úlceras por la presión<sup>23</sup>

Los adultos mayores con una elevada ingesta de proteína tienen menor riesgo de volverse frágiles. Los alimentos altos en proteína, tales como la carne y el pescado son recomendados. Sin embargo, la carne puede ser difícil de masticar para aquellos con problemas dentales. Las carnes pueden ser molidas para incentivar su consumo.

Los productos lácteos como la leche, el yogurt y el queso, son recomendados para mejorar el consumo de proteínas y calorías. <sup>24</sup>

Huevos y alternativas a la carne, como los frijoles, también son incentivados. Estos alimentos son una buena fuente de proteína y son usualmente fáciles de masticar y tragar.

Además de la proteína, la grasa añadida puede ser necesitada para aumentar las calorías, prevenir una pérdida mayor de peso y fomentar el

aumento de peso si es necesario. Aumentar la grasa puede mejorar el sabor de los alimentos y puede también facilitar su ingestión.

### **Vitaminas y minerales**

Los adultos mayores tienen frecuentemente bajo consumo de muchas vitaminas y minerales. Por ejemplo, niveles bajos de ácido fólico, magnesio, zinc, vitaminas E, B6, B12, C y tiamina han sido encontrados en adultos mayores que viven en hogares de ancianos. <sup>25</sup>

Los adultos mayores pueden necesitar tomar un suplemento vitamínico y mineral, o consumir bebidas nutricionales o leche fortificada con vitaminas y minerales para satisfacer sus necesidades.

### **Vitamina D**

La mayoría de los adultos mayores tienen un consumo de vitamina D por debajo del nivel recomendado. <sup>26</sup>

Hay pocos alimentos naturalmente ricos en vitamina D (pescados grasos, yemas de huevos). La mayoría de la vitamina D se produce en la piel cuando se expone al sol. Sin embargo, este proceso disminuye con la edad y muchos adultos mayores pasan la mayor parte del tiempo dentro del hogar. Las advertencias de salud pública contra la exposición al sol también han inducido a las personas a evitar el sol.

La deficiencia de vitamina D ocurre frecuentemente en adultos mayores, especialmente en aquellos que viven en hogares de ancianos. <sup>27</sup>

El bajo consumo de vitamina D está relacionado al aumento de fractura de caderas y también al debilitamiento y el dolor muscular. Como solo la dieta no reúne los requisitos de vitamina D para los adultos mayores, los suplementos son requeridos. <sup>26</sup>

## **Vitamina B12**

La deficiencia de Vitamina B12 es muy común en los adultos mayores. Esta es una deficiencia seria porque causa demencia irreversible, anemia, depresión, molestias gastrointestinales e infecciones del tracto urinario.

La deficiencia de la vitamina B12 en los adultos mayores se debe a problemas de absorción de la vitamina encontrada naturalmente en alimentos tales como pescado, carne, huevo y leche. <sup>27</sup>

El bajo consumo de B12, como ocurre durante una dieta vegetariana, resulta en deficiencia. Los suplementos que proveen B12 son recomendados para los adultos mayores.

### **Situaciones que favorecen la malnutrición en el adulto mayor:**

Estado deficiente de la dentición, como por ejemplo la falta de dientes o el uso de dentadura postiza, con la que se pierde un 75% de efectividad a la hora de masticar. Por tanto, las personas que la utilizan tienden a eliminar los alimentos duros como las frutas y los vegetales frescos.

Alteración del gusto y del olfato.

Trastornos de deglución.

Enfermedades que disminuyen el hambre o que alteran la absorción o la utilización de nutrientes.

Medicación crónica, que puede tener efectos secundarios como irritación gástrica, estreñimiento y/o disminución del hambre.

Vivir solo, lo cual dificulta cocinar y disfrutar de la comida.

### **Consecuencias de la malnutrición.**

Disfunciones del sistema inmunitario, que incrementan las infecciones.

Pérdida de la masa muscular, que si es superior al 40% pone en peligro el mantenimiento de las funciones fisiológicas y disminuye la capacidad de respuesta y de recuperación.

Afectación del corazón, predisponiendo a la insuficiencia cardiaca.

Afectación de los huesos, facilitando la osteoporosis, que causa fracturas vertebrales y del cuello del fémur.

Alteraciones del estado cognitivo.

### **Medidas para evitar la malnutrición**

Administrar una alimentación variada, además de asegurar la energía necesaria (calorías), tiene que cubrir las necesidades de macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono y grasas) y micronutrientes (vitaminas y minerales). La dieta ideal contiene en un periodo de 15 días un 10-15% de proteínas, un 30-40% de grasas y un 50-60% de hidratos de carbono.

En una alimentación equilibrada están representados los diferentes grupos de alimentos. Ningún grupo es más importante que otro. Todos los alimentos son absolutamente necesarios.

### **Recomendaciones para evitar la malnutrición.**

Comer alimentos con proteínas de origen animal, porque compensan la ausencia de reservas proteicas y evitan el deterioro de la masa muscular.

Ingerir alimentos con calcio para evitar la pérdida de masa ósea.

Evitar la deshidratación, beber, aunque no tenga sed.

Tomar alimentos con minerales (hierro, calcio, sodio, potasio, zinc, etc.) y vitaminas.

Tener una alimentación variada, sin olvidar la fruta, las hortalizas y los vegetales.

Comer 4 o 5 veces diarias. Cenar, aunque sea muy frugalmente.

Procurar que cada comida sea una fiesta, no una rutina.

Mantener costumbres de la dieta mediterránea.

### **Intervención nutricional en el adulto mayor.**

Es importante respetar las opiniones de los adultos mayores respecto a su propia alimentación. De la misma forma, a través de procesos educativos se debe propiciar cambios en el estilo de alimentación de las personas mayores, los cuales deben adoptarse de forma voluntaria y debe respetarse la decisión.

Por lo tanto, la orientación debe caracterizarse por ser individualizada. Se debe estimular a los adultos mayores para que, dentro de sus posibilidades, puedan satisfacer sus necesidades nutricionales y hábitos alimentarios, mediante la incorporación de conocimientos, habilidades y destrezas que estén acordes con su realidad. Se debe apoyar al adulto mayor, en especial aquél que vive solo, para que desarrolle habilidades culinarias y pueda preparar alimentos nutritivos, de bajo costo y de fácil preparación.

De la misma forma, es importante establecer mecanismos de cooperación e integración grupal con el fin de que el anciano comparta con otras personas. Es necesario trabajar con la familia y la comunidad con el fin de crear vínculos de apoyo que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, lo cual les permita mantener su capacidad funcional, independencia y autonomía.<sup>28</sup>

### **Ejemplo de dieta estándar de persona mayor**

#### **Desayuno**

Leche

Pan integral o galletas integrales

Mermelada o queso

#### **Media mañana**

Una pieza de fruta

#### **Almuerzo**

Pasta o arroz o legumbres

Carne o pescado

Guarnición vegetal

Fruta

#### **Merienda**

Yogur con miel

Tostadas o bizcochos

#### **Cena**

Sopa o pasta a verdura ó verdura con papas.

Pescado o queso

Fruta o jugo de fruta

**Antes de ir a dormir**

Leche o infusión.<sup>29</sup>

### **Test de salud nutricional (Nutritional Screening Initiative)**

Una de las escalas más sencilla, propuesta para su utilización en personas mayores, es el cuestionario Conozca su salud nutricional; un formulario de valoración desarrollado y distribuido por la Nutritional Screening Initiative (NSI) que comenzó a difundirse en 1990 en respuesta a los objetivos del programa Healthy People 2000 y que en la actualidad es utilizado de forma generalizada por numerosos equipos de atención primaria. Contiene 10 preguntas referidas a la cantidad y el tipo de alimentos que integran la dieta cotidiana, a las limitaciones para la compra o preparación de la misma e incluye el consumo de medicamentos y la presencia de ganancia o pérdida involuntaria de peso teniendo en cuenta el tiempo en el que se produce.

La puntuación obtenida permite cuantificar si existe o no una situación de riesgo nutricional.<sup>30</sup>

### **Intervención de enfermería en la prevención de la malnutrición en adultos mayores.**

- Se debe orientar sobre el consumo de cuatro comidas al día.
- Ingerir una dieta equilibrada, que incluya carnes blancas, legumbres, siendo rica en frutas y verduras.
- Desarrollar actividad física, caminar 30 minutos diarios, para favorecer la función digestiva.
- Tomar al menos 2 litros de agua al día.
- Mantener en lo posible costumbres que el adulto tiene frente a la alimentación.
- Seguir las indicaciones de dieta especial cuando se requiera.<sup>31</sup>

## **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS**

En el envejecimiento la persona atraviesa cambios fisiológicos, psicológicos importantes que pueden hacer que la dinámica cotidiana del adulto se altere, también aumenta la prevalencia de problemas ligados al estado nutricional, que van desde la desnutrición hasta el sobrepeso y la obesidad. <sup>32</sup>

**Sexo:** Al diferenciar el estado nutricional por sexo se observa que la delgadez afecta en casi la misma proporción tanto a varones como a mujeres, al igual que el sobrepeso, pero la obesidad en mujeres es significativamente mayor, casi el doble que los varones. <sup>33</sup>

**Estado civil:** Es la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Se trata básicamente del estado de familia en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil.

**Número de hijos:** La presencia de un mayor número de hijos se refleja también en los niveles de desnutrición. La ausencia de una compañía, depresión, ansiedad y soledad pueden determinar la decisión de preparar y comer alimentos. Esto puede ser asociado con anorexia, pérdida de peso y un incremento en la morbilidad y mortalidad en los adultos mayores. Los ancianos que se encuentran en mayor riesgo son aquellos que viven solos, incapacitados físicamente, aislados, con enfermedades crónicas y/o restricciones alimenticias.

**Convivencia:** Aquellos que viven solos son más propensos a vivir en la pobreza que los que están casados. Las mujeres mayores tienen el doble de probabilidades de vivir solas que los hombres. La proporción de personas que viven solas aumenta a medida que lo hace la edad. <sup>34</sup>

El recurso más importante que los adultos mayores valoran y añoran de su familia es el tiempo de convivencia; sin embargo, esto es lo que las familias de la agitada vida moderna menos dispensan. Los adultos mayores y los miembros de las generaciones más jóvenes se mueven a ritmos diferentes; los primeros toman la vida con mayor calma; los segundos la viven de prisa y no se dan tiempo para fomentar la convivencia.

La convivencia amistosa es esencial para la integración del adulto mayor en la comunidad; asimismo, los familiares pueden contribuir a constituir la red de amigos del adulto mayor, ya sea conformándola o en muchos casos facilitando dichas relaciones.

Para fomentar la convivencia, la familia debe conocer los beneficios de convivir con los adultos mayores, de apoyarlos en sus necesidades, de brindarles afecto y comprensión para mantener su autoestima, fomentar el autocuidado y con ello la salud. En la familia se gesta la salud o la enfermedad y lo que el adulto mayor manifiesta en forma abierta o encubierta es una evidencia de lo que su familia le brinda.

**Grado de instrucción:** El nivel de instrucción académica, que influye directamente en el estado nutricional, ya que al no tener la capacidad selectiva e informativa una adecuada alimentación se ve limitada; adultos mayores que tienen una instrucción académica incompleta o ninguna instrucción, muchas de las veces no pueden leer y escribir, por tanto no pueden informarse adecuadamente, y simplemente rigen su alimentación a prácticas alimentarias y estilos de vida no correctas arraigadas a costumbres familiares. Además el nivel de instrucción académica también influye directamente en el ingreso económico por lo tanto la capacidad adquisitiva de los alimentos se ve condicionada. <sup>2</sup>

El nivel de educación puede afectar a la situación socioeconómica de los adultos mayores. La educación superior se asocia a menudo con mayores ingresos. Del mismo modo, el nivel de educación de las personas mayores aumenta gradualmente a medida que aumenta la proporción de personas mayores de 65 años que han completado la educación superior. En

general, las personas mayores tienen ingresos más bajos que los adultos más jóvenes y los de 85 y más son los que tienen ingresos promedio más bajos.

**Ingreso económico mensual:** La necesidad económica para cada adulto mayor varía de modo considerable. Pese a que necesitan menos dinero para vestirse, entretenerse y trabajar, y aunque algunos son dueños de su casa, los gastos siguen aumentando por lo que para algunos es difícil arreglársela. Solamente la comida y los gastos médicos tienden a ser una carga económica. El ingreso económico que indudablemente repercute en pobreza por la dificultad financiera en el hogar y dependencia económica familiar, muestra un panorama sombrío para los adultos mayores sobre todo aquellos sin derecho a seguridad social por haber tenido un trabajo en el sector informal o en las actividades de campo ya que este no percibe ingreso económico por jubilación.<sup>35</sup>

La situación económica en la edad del adulto mayor se determina por su capacidad de compra de diferentes fuentes: el trabajo, el ahorro, jubilación y pensiones, entre otros. Está directamente relacionado con el nivel y tipo de consumo, dependiendo de la edad y la salud de la persona, las características de su hogar y los servicios soportados por el estado (gratuitos o servicios subvencionados). Se basa en el acceso y la provisión de edad avanzada, de los periódicos ingresos en dinero suficiente para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.<sup>36</sup>

**Ocupación:** En general, como el proceso de envejecimiento progresa las personas deben retirarse del mercado de trabajo porque se enfrentan a las mayores dificultades para llevar a cabo su propio trabajo en diferentes ocupaciones. Un factor que puede explicar las dificultades que enfrentan las personas mayores que abandonan el mercado de trabajo está vinculado al acceso a los sistemas de seguridad social, ya que si las personas no son miembros de un plan de pensiones es probable que hay que seguir

trabajando para mantener su nivel de consumo y para satisfacer sus necesidades básicas.<sup>37</sup>

**Dificultades económicas:** Los problemas económicos se asocian a menudo con una pensión más baja, Porque muchos trabajadores carecen de planes de pensiones y período de jubilación. Las mujeres adultas mayores de todas las edades suelen tener menos ingresos que los varones, por lo que las adultas mayores pueden ser las más pobres

La población adulta mayor ha sido considerada tradicionalmente como una población vulnerable a caer en la pobreza debido a que tienen más dificultades de recuperarse de una pérdida inesperada de ingreso o de la necesidad de hacer altos pagos por servicios médicos.<sup>38</sup>

La pobreza es más común en zonas rurales que en zonas urbanas, entre mujeres más que en hombres, y particularmente en hogares multigeneracionales en comparación con hogares de sólo una o dos generaciones.

### **Rol de la enfermera en la atención al adulto mayor en el primer nivel de atención.**

Tres son los ámbitos de actuación de la enfermera comunitaria: la comunidad, la familia y la persona. Las actividades que realizará el personal de enfermería en su práctica profesional irán encaminadas a identificar sus necesidades y problemas. El objetivo de su trabajo será lograr involucrar a las personas, como miembros que se forman en una familia y pertenecen a una comunidad, en el desarrollo de proyectos relacionados con la salud y el bienestar de la población.

- **Comunidad:** La enfermera comunitaria tiene que dedicarse cada vez más a una variedad de actividades comunitarias que incluyen en la salud de las personas y en sus capacidades funcionales óptimas. Independientemente del tipo de comunidad del que se trate, la enfermera debe conocer y aplicar las distintas técnicas epidemiológicas y de investigación social para conseguir el desarrollo de la comunidad". La enfermera comunitaria se

acerca y mantiene contactos regulares con los grupos sociales, en el hogar, en los centros de trabajo, en la escuela, en los centros recreativos y vecinales, ya que es allí donde estos grupos viven, trabajan o se relacionan; en definitiva, donde se pone de manifiesto las necesidades reales o potenciales de salud y donde se encuentran la mayoría de los factores de riesgo que inciden negativamente sobre ella.

**Familia:** La evolución que ha sufrido la familia y el significado que esta tiene para diferentes culturas, ofrece una amplia variedad de definiciones. Sin embargo, de la mayoría de ellas se desprenden tres aspectos esenciales: existencia de uno de los lazos de interacción, afecto e intimidad entre sus miembros; funcionamiento como un grupo que posee características comunes; existencia de un hogar común. Realizar una valoración exhaustiva del estado de salud de una familia es una tarea laboriosa y compleja, por lo que solo a través de diferentes contactos se puede lograr un conocimiento profundo de sus miembros y de sus necesidades de salud. La recogida y el análisis de los datos básicos acerca de una familia ayudan a la enfermera comunitaria a evaluar y diagnosticar los problemas de salud y las necesidades sanitarias de la familia de una manera organizada y sistemática.

• **Persona:** Las personas enfermas o incapacitadas requieren una atención continua en el domicilio, y aquí resulta de gran valor el conocimiento de la estructura familiar y de su capacidad para influir sobre los aspectos de la vida de la misma durante todo. El proceso de la enfermedad y aún después de que este concluya <sup>39</sup>

### **Modelo del Sol naciente de Leininger**

Este modelo representa los componentes que debe abordar los cuidados culturales de enfermería, en el cual los patrones y prácticas sobre la salud y enfermedad están influenciados por los factores religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales, educativos, etc.

Leininger, resalta en el modelo del sol naciente que los seres humanos, como entes, no pueden separar su procedencia cultural y estructura social de la concepción del mundo, trayectoria vital y el contexto de su entorno; esto viene a ser un principio fundamental para la teórica. <sup>40</sup>

**Modelo de Dorothea Orem** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. <sup>41</sup>

### **Adulto mayor**

La Resolución 50/141 de 1996 de la Organización de las Naciones Unidas – ONU define “Persona Adulta Mayor, a la población mayor de 60 años. En consonancia con esta definición mundial, en el Perú, la Ley N° 28803 de noviembre de 2006, define también como adulto mayor a la población peruana mayor de 60 años. <sup>42</sup>

## **II.c. HIPÓTESIS:**

### **II.c.1. HIPÓTESIS GLOBAL:**

La valoración del riesgo nutricional es de riesgo alto y las características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al C.S. Tate Ica, julio 2017 son significativas.

### **II.c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS:**

**HD1:** La valoración del riesgo nutricional del adulto mayor que acude al C.S. Tate Ica, julio 2017 según el Test de salud nutricional (Nutritional screening initiative) es de riesgo nutricional alto.

**HD2:** Las características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al C.S. Tate Ica, julio 2017 son significativas.

## **II.d. VARIABLES INDEPENDIENTES:**

**V.1:** Valoración del riesgo nutricional

**V.2:** Características demográficas y económicas.

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

**Riesgo nutricional:** El riesgo nutricional es la probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas en el tratamiento, relacionadas con la nutrición. Mediante la evaluación y posterior modificación de dichas situaciones o riesgos se puede reducir la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas.

**Envejecimiento:** Es un proceso continuo, universal, irreversible, heterogéneo e individual del ser humano durante todo su ciclo de vida que determina pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En las personas adultas mayores sanas muchas funciones fisiológicas se mantienen estables, pero al ser sometidos a estrés se manifiesta la disminución de la capacidad funcional.

**Estado nutricional:** Es la situación de salud de la persona adulta mayor, como resultado de su nutrición, su régimen alimentario, su estilo de vida, entre otros factores relacionados al proceso de envejecimiento.

**Malnutrición:** es el estado nutricional anormal causado por la deficiencia o exceso de energía, macronutrientes y/o micronutrientes; incluye la delgadez, el sobrepeso, la obesidad, la anemia, entre otros

**Adulto mayor:** Es la persona cuya edad está comprendida desde los 60 años a más.

**Orientación nutricional:** Es una actividad educativa básica y puntual, en la cual se brinda información para la adopción de prácticas alimentarias saludables en la vida diaria.

#### **Primer nivel de atención**

Se define como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población .Es la base del sistema de salud, el primer contacto que tiene la población con el sistema sanitario. Teóricamente se puede resolver el 80 % de los problemas de salud de la población.

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

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

La investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo porque solo se describe el comportamiento de las variables, de acuerdo al tiempo es de corte transversal, porque estudiará las variables en un determinado periodo haciendo un corte en el tiempo.

### **III.b. ÁREA DE ESTUDIO:**

El estudio se realizó en el Centro de Salud de Tate, establecimiento: médico sin internamiento, categoría: I-3. Ubicado en la Av. Principal S/N. Ica - Ica - Tate. Ubigeo: 110113. Tiene un horario de atención de las 8:00 am hasta las 20:00 horas, perteneciente a la DISA: Ica. Red: Ica-Palpa-Nazca. Microred: Pueblo Nuevo. Unidad Ejecutora: Red De Salud Ica. Los servicios que ofrece son: Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología. Cuenta con 2 médicos generales, 2 licenciadas en Enfermería, 1 odontólogo, 1 Licenciada en obstetricia, 1 farmacéutico, 2 técnicos en Enfermería y 2 biólogos. Ofrece los servicios de farmacia y laboratorio.

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

La población-muestra de estudio estuvo conformada 48 adultos mayores que acuden al C.S. Tate, ubicado en el distrito del mismo nombre, provincia y departamento de Ica, según los siguientes criterios:

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Adultos mayores que se encuentren lúcidos, orientados, en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que acepten participar de la investigación.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Adultos mayores con trastornos del sensorio.
- Adultos mayores que no acepten participar de la investigación.

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

La técnica utilizada para ambas variables fue la encuesta con su instrumento el cuestionario.

Para la primera variable Valoración del riesgo nutricional se utilizó el Test de salud nutricional (Nutritional Screening Initiative que contiene 10 preguntas referidas a la cantidad y el tipo de alimentos que integran la dieta cotidiana, a las limitaciones para la compra o preparación de la misma e incluye el consumo de medicamentos y la presencia de ganancia o pérdida involuntaria de peso teniendo en cuenta el tiempo en el que se produce.

La puntuación obtenida permitió cuantificar si existe o no una situación de riesgo nutricional, el cual comenzó a difundirse en 1990 en respuesta a los objetivos del programa Healthy People 2000 y que en la actualidad es utilizado de forma generalizada por numerosos equipos de atención primaria.

Para la segunda variable: Características demográficas y económicas se utilizó un instrumento diseñado según los objetivos de la investigación constituida por 10 ítems en dos dimensiones.

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

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio; se presentó una solicitud dirigida al Jefe del Centro de Salud para que autorice la recolección de datos. Una vez obtenido el permiso, previo saludo a los pacientes adultos mayores se explicó el motivo de la investigación y se solicitó su participación en el estudio; así mismo la duración de la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 25 minutos. En todo

momento se respetó el anonimato, autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia y la confidencialidad.

Concluida la recolección de datos se les agradeció por su participación.

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

Una vez recolectada la información, se procedió al procesamiento de los datos en forma manual y electrónica, se usó los programas informáticos Excel y Microsoft Word, codificando los resultados tanto para los datos generales y ambas variables de estudio. Realizando una tabla matriz para luego obtener las tablas de frecuencia y porcentajes, y construir los gráficos correspondientes.

El análisis de los datos se hizo de acuerdo a los objetivos estipulados en el estudio mediante la estadística descriptiva, diseñándose tablas y gráficos de frecuencia y medidas de resumen para la presentación de resultados.

La valoración que se le asignó a la variable valoración del riesgo nutricional según el **CUESTIONARIO NSI (NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE)** es la siguiente:

Estado nutricional bueno. (0-2 pts.)

Riesgo nutricional moderado (3-5 pts.)

Riesgo nutricional alto ( $\geq 6$  pts.)

Para la variable **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS** se codificaron las opciones de repuestas de la siguiente manera; a)1, b)2, c)3, d)4 para ambas dimensiones para luego realizar un paloteo simple y obtener las tablas y gráficos correspondientes.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

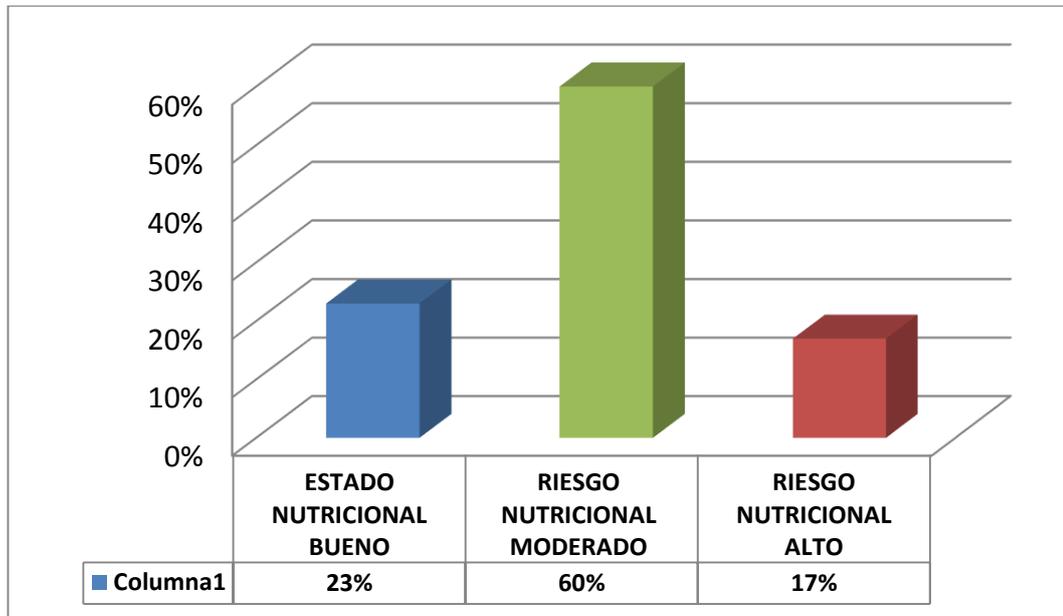
### IV. a. RESULTADOS:

**TABLA 1**  
**DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL**  
**CENTRO DE SALUD DE TATE ICA**  
**JULIO 2017.**

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>INGRESOS HOSPITALARIOS EN EL ÚLTIMO AÑO</b>		
Si	26	54
No	22	46
<b>HA TENIDO INT. QX. EN EL ÚLTIMO AÑO</b>		
Si	8	17
No	40	83
<b>TIENE VÓMITOS</b>		
A veces	31	65
Frecuentemente	1	2
Nunca	16	33
<b>LUGAR DONDE HABITUALMENTE COME</b>		
En su casa	31	65
En casa de un familiar	5	10
Restaurante	12	25
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

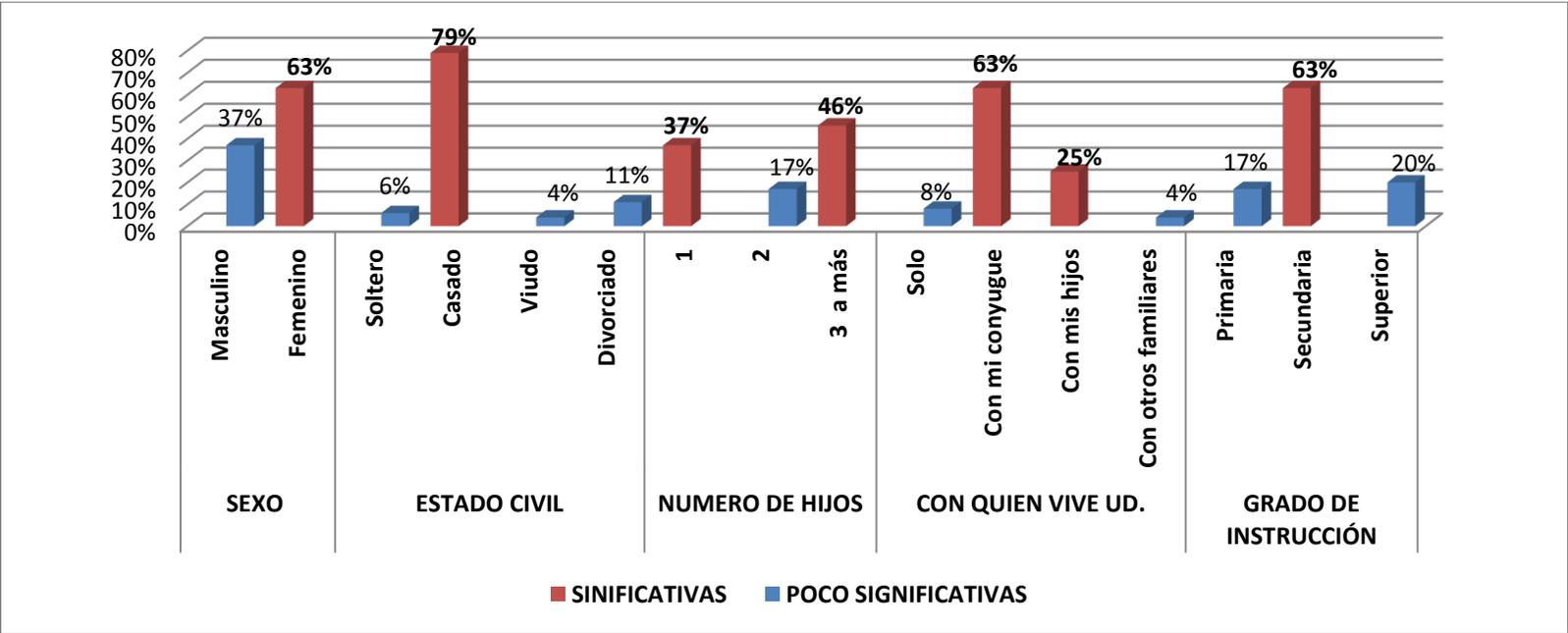
Según datos generales de los adultos mayores el 54%(26) ha tenido ingresos hospitalarios en el último año, el 83%(40) no han tenido cirugías en el último año, el 65%(31) refieren que a veces tienen vómitos y finalmente el 65%(31) come habitualmente en su casa.

**GRÁFICO 1**  
**VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL SEGÚN TEST DE**  
**SALUD NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE**  
**ACUDE AL CENTRO DE SALUD TATE ICA**  
**JULIO 2017.**



La valoración nutricional según el test de salud nutricional de los adultos mayores es riesgo nutricional moderado en 60%(29), estado nutricional bueno en 23%(11) y finalmente riesgo nutricional alto en 17%(8) según resultados.

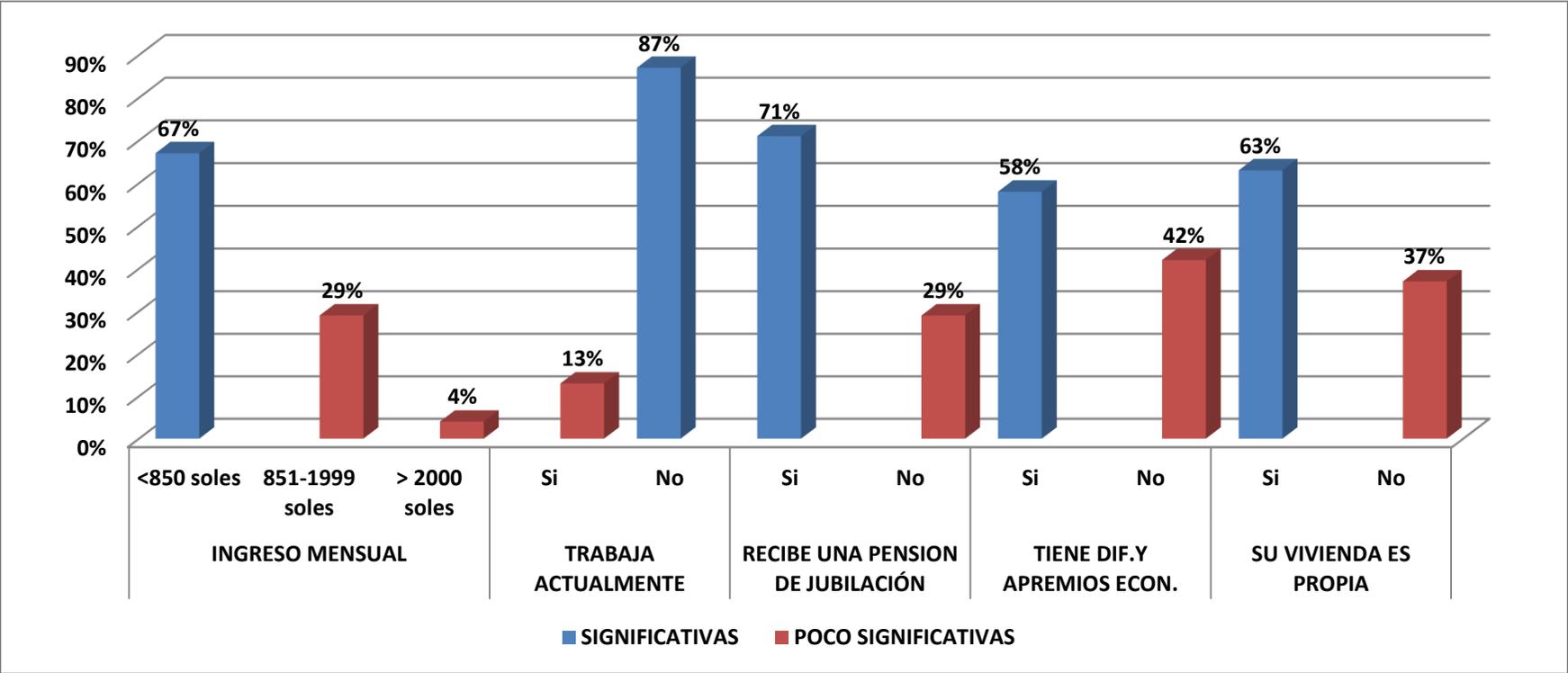
**GRÁFICO 2**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR**  
**QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD TATE ICA**  
**JULIO 2017.**



Según las características demográficas del adulto mayor que acude al centro de salud de Tate, en cuanto al sexo se observa que predomina el sexo femenino en 63%(30) y el masculino en 37%(18) , en cuanto al estado civil el 79%(38) son casados y los divorciados con 11%(5) solteros 6%(3) y viudos en 4%(2), tienen de 3 a más hijos en 46%(22) el 37%(18) tienen un hijo, y dos hijos en 17%(8) ; viven con su cónyuge el 63%(30), el 25%(12) viven con sus hijos , el 8%(4) vive solo y el 4%(2) con otros familiares, el 63%(30) tiene grado de instrucción secundaria e instrucción superior el 20%(10) y primaria el 17%(8) respectivamente.

**GRÁFICO 3**  
**CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DEL ADULTO MAYOR**  
**QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD TATE ICA**  
**JULIO 2017.**

46



Las características económicas del adulto mayor en cuanto al ingreso mensual son menores a 850 soles el 67%(32), el 29%(14) entre 851 a 1999 soles y el 4%(2), perciben más de 2,000 soles; el 87%(42), no trabajan actualmente y el 13%(6) sigue trabajando, el 71%(34) reciben una pensión de jubilación y el 29%(14); el 58%(28) refieren que tienen dificultades y apremios económicos y el 42%(20) no tienen dificultades económicas; el 63%(30) tienen vivienda propia y el 37%(18) no tienen vivienda propia.

#### IV. b. DISCUSIÓN:

**Tabla 1:** Según datos generales de los adultos mayores el 54% ha tenido ingresos hospitalarios en el último año, el 83% no han tenido intervenciones quirúrgicas en el último año, el 65% refieren que a veces han tenido vómitos y finalmente el 65% come habitualmente en su casa.

Los datos generales de la población adulta mayor hace ver una realidad frecuente debido a que es la etapa en la cual se inicia el declive de las funciones biológicas donde el sistema inmunitario disminuye y la persona adulta mayor tiende a enfermar haciendo que su recuperación sea más lenta y progresiva, así también las papilas gustativas van perdiendo su función, el estómago se reduce y las enzimas digestivas haciendo que la digestión sea más lenta.

**Gráfico 1:** La valoración nutricional según el test de salud nutricional en los adultos mayores es de riesgo nutricional moderado en 60%, estado nutricional bueno en 23% y finalmente riesgo nutricional alto en 17%, resultados parecidos con Montejano R. <sup>2</sup> donde un 23,3% de los encuestados estaba en riesgo de desnutrición, Mejía Ch, Palomino S.<sup>15</sup> el 42.86% de la población de estudio se encuentra en riesgo de desnutrición, Merchán J, Muñoz K. <sup>9</sup> la prevalencia de riesgo nutricional en un porcentaje de 78,7%, en relación al estado nutricional adecuado normal del 19,4% y malnutrición con un valor de 1,9%; Manayalle P. <sup>13</sup> el 29.30% de adultos mayores tiene riesgo de malnutrición; asimismo los resultados obtenidos en la investigación son opuestos con los obtenidos por Tarqui C. <sup>11</sup> Un 26,8% presentó delgadez, 21,7% sobrepeso y 10,6% obesidad, Sánchez F, De la Cruz F, Cereceda M. <sup>12</sup>, prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesos (19,1%), Cárdenas H, Roldán L. <sup>14</sup> normal es de 22-27, el sobrepeso y la obesidad a partir de 27.1 a 29.9  $\geq 30$  kg / m<sup>2</sup>.

Como se aprecia en los resultados este grupo de personas se encuentra en riesgo nutricional los cuales no suelen presentar problemas de

malnutrición pero si de riesgo nutricional, y esta situación detectada a tiempo puede ser vital para el adulto mayor a través de la valoración nutricional. Esta problemática en la atención primaria suele pasar desapercibida por su autonomía o su aparente buen estado de salud, por ello es necesario establecer a tiempo visitas domiciliarias para realizar una buena valoración nutricional especialmente en aquellos que no reciben una pensión de jubilación.

**Gráfico 2:** Según las características demográficas del adulto mayor que acude al Centro de Salud de Tate, predomina el sexo femenino en 63%, son casados en 79%, tienen de 3 a más hijos en 46% viven con su cónyuge en 63% e hijos y tienen grado de instrucción secundaria en 63%. Resultados parecidos en cuanto al sexo con Montejano R.<sup>2</sup> 51.6% mujeres 48.33% son varones, Merchán J, Muñoz K.<sup>9</sup> La población estuvo representado por 78% del género femenino y el 22% del género masculino, riesgo nutricional con factores como el nivel de instrucción académica, demostrando mayor riesgo en instrucción incompleta o sin instrucción con un 58,2%; Novoa P, Seclen F.<sup>10</sup> el 50% vive con sus hijos.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se da a nivel mundial en la que actualmente se vive donde los adultos mayores se han incrementado considerablemente y confirma resultados en cuanto al sexo femenino que existe en mayor proporción en relación al sexo masculino, el 79% son casados y viven con sus hijos y tienen instrucción secundaria en 63% lo cual es una gran fortaleza para la población en estudio debido a la protección que puede brindar la familia en el aspecto de la alimentación, seguridad y estabilidad física y emocional y el conocimiento que tiene el adulto mayor tener una alimentación saludable pero existen otros factores que hacen que la población en estudio se encuentre en riesgo nutricional. La explicación de este crecimiento demográfico podría atribuirse a factores ecológicos, modificaciones en los hábitos alimentarios, tratamiento de las enfermedades infecciosas y la disminución de la mortalidad infantil.

**Gráfico 3:** Las características económicas del adulto mayor en cuanto al ingreso mensual predominan los que tienen ingresos menores a 850 soles; no trabajan el 87%; reciben una pensión de jubilación en 71%; el 58% refieren que tienen dificultades y apremios económicos y tiene vivienda propia en 63%, resultados que son parecidos con los obtenidos por Merchán J, Muñoz K.<sup>9</sup> tiene nivel socioeconómico bajo con un porcentaje de 41,7%; Novoa P, Seclen F.<sup>10</sup> Según factores económicos se obtuvo que el 92,5% tienen ingresos menores a S/. 500; el 5% tienen ingresos entre S/.500-S/.1000, Sánchez F, De la Cruz F, Cereceda M.<sup>12</sup> Los adultos mayores (AM) se ubicaron en el nivel socio económico (NSE) medio bajo (37%) y en el NSE medio (33%); Manayalle P.<sup>13</sup> El nivel socioeconómico tiene asociación ( $p=0.003$ ) con el estado de nutrición según el MNA, Cárdenas H, Roldán L.<sup>14</sup> los problemas económicos, funcionales y psicosociales influyen negativamente en la salud del AM en Lima Metropolitana y Tarqui C.<sup>11</sup> los adultos mayores se encuentran en pobreza extrema (95%),

Según lo observado los resultados reflejan que el 71% recibe una pensión que aunque mínima cumple un importante papel en la economía familiar, utilizándolo en los gastos en la alimentación. La situación económica corresponde por una parte a un interés demográfico por ser un grupo poblacional que crece numéricamente y son jubilados en su mayoría recibiendo una pensión que no cubre la canasta familiar y puede conllevar al riesgo nutricional según los resultados presentados.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V. a. CONCLUSIONES**

- 1.** La valoración del riesgo nutricional del adulto mayor que acude al Centro de Salud de Tate Ica, julio 2017 según el Test de salud nutricional (Nutritional screening initiative) es de riesgo nutricional moderado rechazándose la hipótesis derivada 1 de la investigación.
- 2.** Las características demográficas y económicas del adulto mayor que acude al Centro de Salud de Tate Ica, julio 2017 son significativas aceptándose la hipótesis derivada 2 planteada en la investigación.

## **V. b. RECOMENDACIONES:**

1. A las Autoridades del Centro de Salud que conozcan los resultados sobre el riesgo nutricional que es moderado en los adultos mayores por ello, todos los profesionales de la salud especialmente Enfermería deben realizar una evaluación permanente del estilo de vida, y promover la salud mediante sesiones educativas con el objeto de mantener y/o mejorar la salud. Los profesionales de enfermería que trabajan con adultos mayores deben dar prioridad a la evaluación nutricional constante con sesiones educativas participativas, campañas de preparación de alimentos a fin de disminuir la cantidad de adultos mayores en riesgo nutricional debido a que en esta etapa el organismo es frágil y se pueden enfermar fácilmente debido a que en esta etapa el organismo es frágil y voluble.
2. A los familiares del adulto mayor y Autoridades locales que promuevan oportunidades para los adultos mayores porque debido a sus características demográficas se les debe garantizar un mayor apoyo sobre todo por parte de la familia así como también la sociedad debe brindar una mejor calificación e inserción laboral garantizando nuevas oportunidades laborales para las personas adultas mayores y así evitar que tengan apuros económicos, porque según los resultados obtenidos en la dimensión económica son significativos al riesgo nutricional según los indicadores que se han medido en la investigación en este grupo vulnerable de la población adulta mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez de la Torre C. Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo del Centro de Reposo San Juan de Dios. Universidad Internacional del Ecuador; 2016.
2. Montejano R. Estudio sobre el riesgo nutricional de las personas mayores adultas autónomas no institucionalizadas. Scielo. [Internet]; 2013 [citado 2016 Sep 16]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112013005500110](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112013005500110)
3. Suárez T., Di Stéfano F., Rossi M., Leal M., Mariñansky C., Herrera J. Evaluación del estado nutricional en adultos mayores residentes de un hogar de ancianos. Universidad Maimónides. Bio Med. [Internet].Argentina. 2015.[citado 2016 Jul 01]. Disponible en: <http://biomed.uninet.edu/2015/n1/suarez.html>.
4. Leon Chicaiza J. Estrategia educativa para mejorar el estado nutricional del adulto mayor residente en el hogar de ancianos instituto Estupiñan. Universidad nacional autónoma de los Andes. Ambato; 2015 [Citado el 02 de Julio 2016]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/507/1/TUAMED048-2015.pdf>.
5. Ministerio de Salud de Perú. Informe técnico del “Estado nutricional por etapas de vida en la población peruana 2013-2014. Centro nacional de alimentación y nutrición. Perú; 2015.
6. Silva L. Adulto mayor: ¿qué retos plantea el aumento de la vejez, 17 de junio del 2015. Disponible en <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/adulto-mayor-que-retos-plantea-aumento-vejez-noticia-1826590>.
7. Mendoza F. Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana, 2011; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ.

Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3435>.

8. Olivera J, Clausen J. Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. *Economía* Vol. XXXVII, N° 73, semestre enero-junio 2014, pp. 75-113 / ISSN 0254-4415
9. Torrejón M. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayores. In *Cres*. Vol. 3 N° 2: pp. 267-276, jul.-dic. 2012. Disponible en :<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/116/80>
10. Merchán J, Muñoz K. Valoración del riesgo nutricional de adultos mayores en “Mi espacio de sabiduría” del Ministerio de Inclusión Económica y Social. Cuenca Ecuador. 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27872>
11. Novoa P, Seclen F. Factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo. 2016. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/3031>
12. Tarqui C. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* vol.31 n.3 Lima Jul./Sep. 2014. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000300009&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300009&lang=pt)
13. Sánchez, F. De la Cruz, F. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. Perú, 2014. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/8382/7482>.
14. Manayalle P. Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región Lambayeque – Perú, 2013. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1188/3/Manayalle\\_pm.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1188/3/Manayalle_pm.pdf).

15. Cárdenas H, Roldan L. Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú. 2013. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/469/46929416003.pdf>
16. Mejía Ch, Palomino S. Evaluación del estado nutricional de los adultos mayores del Club Social Los Triunfadores Las Lomas de Villa Ancón Lima. Facultad de Ciencias de la Salud E.A.P. De Enfermería. 2012. Disponible en: [http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/77/Mejia\\_Ccahuana\\_Chela\\_Celedonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/77/Mejia_Ccahuana_Chela_Celedonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Moreira N. et al. Factores de riesgo para la desnutrición en adultos mayores: una revisión sistemática de la literatura basada en datos longitudinales. 2016. *Adv Nutr* 7 (3): 507-22. doi: 10.3945 / an.115.011254.
18. Van der R. Determinantes de la malnutrición proteica energética en adultos mayores que viven en la comunidad: una revisión sistemática de estudios observacionales. *Envejecimiento* 2014. *Res Rev* 18: 112-31. doi: 10.1016 / j.arr.2014.09.001
19. Mann T. La asociación entre las dificultades para masticar y tragar y el estado nutricional en adultos mayores. 2013. *Aust Dent J* 58 (2): 200-6. doi: 10.1111 / adj.12064.
20. Sullivan D, Johnson L. Nutrición y envejecimiento. Capítulo 38. En: Halter J, Ouslander J, Tinetti M, Studenski S. Editores. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. Sexta Edición. McGraw-Hill 2009. Estados Unidos de América. pp: 430-457.
21. Agarwal E, Marshall M. Optimización de la nutrición en el cuidado de ancianos: una revisión narrativa. 2016. *Maturitas* 92: 70-8. doi: 10.1016 / j.maturitas. 2016.06.013.
22. Bollwein J. Estado nutricional de acuerdo con la mini evaluación nutricional (MNA (R)) y fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: una relación cercana. 2013. *J Nutr Health Aging* 17 (4):351–6. doi: 10.1007/s12603-013-0009-8.

23. Compher C. La obesidad reduce el riesgo de úlceras por presión en pacientes ancianos hospitalizados. 2007. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 62 (11):1310–2.
24. Iuliano S. El consumo de productos lácteos al día mejora significativamente la energía y la ingesta de nutrientes en los ancianos residentes ambulatorios: un estudio de viabilidad. 2013. *J Nutr Health Aging* 17 (6):509–13. doi: 10.1007/s12603-013-0025-8.
25. Lengyel C. Insuficiencia de nutrientes entre los residentes ancianos. 2008. *Can J. Diet Pract Res* 69 (2):82–8. doi: 10.3148/69.2.2008.82.
26. Whiting S, Calvo M. ¿Los adultos mayores necesitan mayores dosis de vitamina D3 que los adultos más jóvenes? 2010. *Mol Nutr Food Res* 54 (8):1077–84. doi: 10.1002/mnfr.200900536.
27. Dunne J, Dahl W. Corregir la baja ingesta de nutrientes en los residentes de ancianos. 2007. *Nutr Rev* 65 (3):135–8.
28. Bernal-Orozco et al. La nutrición del anciano como un problema de salud pública. 2008. *Antropo*, 16. 43-45.
29. Montserrat S. Malnutrición. Prevención Disponible en: <https://www.farmaceuticonline.com/es/gente-mayor/646-malnutricion-prevencion?showall=1>
30. Vergeles-Blanca J.M., Arroyo-Fernández de Aguilar J., Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. *FMC-Aten. Primaria* 1998Ene; 1(5):2736. Disponible en: [www.hvn.es/enfermeria/ficheros/conozca\\_su\\_salud\\_nutricional.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/conozca_su_salud_nutricional.pdf).
31. Villalvilla Soria D, Blanco A. Promoción de actividad física y la salud en el ámbito de atención primaria. El reto de la acción intersectorial. [Fecha de acceso 06 de enero de 2016] URL disponible en: [www.semmap.org/boletinSEMMap/7/PROGRAMA\\_DIEGO.pdf](http://www.semmap.org/boletinSEMMap/7/PROGRAMA_DIEGO.pdf).
32. Díaz-Portillo AJ, Luna-Toro A, Revidiego-Pérez MD. Personas de edad avanzada y nutrición. En: Gázquez J, Pérez M, Molero Jurado MM, et al., Compiladores. *Investigación en Salud y Envejecimiento*. Vol 1. Almería, España: ASUNIVEP 2014. Capítulo 21; 2014. p. 135-9.

33. Alvarez D, Tarqui C. Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013. Disponible en:  
[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu\\_vigi\\_cenan/enutricional%20evida%202012-13%20\(ctm\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/enutricional%20evida%202012-13%20(ctm)%20080515.pdf).
34. perfil socioeconómico del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/03/lrac.html>.
35. Ramos, M. Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza.  
 Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Personas-Adultas-Mayores.pdf>.
36. Hartman, G. Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez en el municipio Santiago De Cuba en el año 2011. Disponible en:  
<http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/cu/2012/ghr.htm>
37. Olivera J, Clausen J. Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. Economía Vol 37, semestre enero-junio 2014. Disponible en: [file:///C:/Users/Paola01/Downloads/olivera\\_clausen\\_2014\\_las\\_caracter%C3%ADsticas\\_del\\_adult.pdf](file:///C:/Users/Paola01/Downloads/olivera_clausen_2014_las_caracter%C3%ADsticas_del_adult.pdf).
38. Hurd, 1989; Gratton, 1996; Lee, 2004; Wood, 2006
39. Sánchez M. Enfermería Comunitaria: Conceptos de Salud, Factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000
40. Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. Modelos y teorías en Enfermería. 6° edición. Elsevier España S.A. 2007. Págs. 472-492
41. Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991
42. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. -- Lima: Ministerio de Salud, Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas\\_%20primera%20parte.p](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.p)

## BIBLIOGRAFIA

- Agarwal E, Marshall M. Optimización de la nutrición en el cuidado de ancianos: una revisión narrativa. 2016. *Maturitas* 92: 70-8. doi: 10.1016 / j.maturitas. 2016.06.013.
- Bernal-Orozco et al. La nutrición del anciano como un problema de salud pública. 2008. *Antropo*, 16. 43-45.
- Bollwein J. Estado nutricional de acuerdo con la mini evaluación nutricional (MNA (R)) y fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: una relación cercana. 2013. *J Nutr Health Aging* 17 (4):351–6. doi: 10.1007/s12603-013-0009-8.
- Compher C. La obesidad reduce el riesgo de úlceras por presión en pacientes ancianos hospitalizados. 2007. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 62 (11):1310–2.
- Díaz-Portillo A, Luna-Toro A, Revidiego-Pérez M. Personas de edad avanzada y nutrición. En: Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, et al., compiladores. *Investigación en Salud y Envejecimiento. Vol 1. Almería, España: ASUNIVEP 2014. Capítulo 21; 2014. p. 135-9.*
- Dunne J, Dahl W. Corregir la baja ingesta de nutrientes en los residentes de ancianos. 2007. *Nutr Rev* 65 (3):135–8.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación. 5ta edición ed. México. 2010.*
- Iuliano S. El consumo de productos lácteos al día mejora significativamente la energía y la ingesta de nutrientes en los ancianos residentes ambulatorios: un estudio de viabilidad. 2013. *J Nutr Health Aging* 17 (6):509–13. doi: 10.1007/s12603-013-0025-8.
- Lengyel C. Insuficiencia de nutrientes entre los residentes ancianos. 2008. *Can J. Diet Pract Res* 69 (2):82–8. doi: 10.3148/69.2.2008.82.
- Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. -- Lima: Ministerio de Salud,

- Mann T. La asociación entre las dificultades para masticar y tragar y el estado nutricional en adultos mayores. 2013. Aust Dent J 58 (2): 200-6. doi: 10.1111 / adj.12064.
- Marriner Tomey Ann, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 6° edición. Elsevier España S.A. 2007. Págs. 472-492
- Mejía Ch, Palomino S. Evaluación del estado nutricional de los adultos mayores del Club Social Los Triunfadores Las Lomas de Villa Ancón Lima. Facultad de Ciencias de la Salud E.A.P. De Enfermería. 2012.
- Ministerio de Salud de Perú. Informe técnico del “Estado nutricional por etapas de vida en la población peruana 2013-2014. Centro nacional de alimentación y nutrición. Perú; 2015.
- Moreira N. et al. Factores de riesgo para la desnutrición en adultos mayores: una revisión sistemática de la literatura basada en datos longitudinales.2016. Adv Nutr 7 (3): 507-22. doi: 10.3945 / an.115.011254.
- Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01 / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2006. 35 p.
- Olivera J, Clausen J. Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. Economía Vol 37, semestre enero-junio 2014.
- Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica.by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991.
- Sullivan D, Johnson L. Nutrición y envejecimiento. Capítulo 38. En: Halter J, Ouslander J, Tinetti M, Studenski S. Editores. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. Sexta Edición. McGraw-Hill 2009. Estados Unidos de América. pp: 430-457.
- Torrejón M. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayores. In Cres. Vol. 3 N° 2: pp. 267-276, jul.-dic. 2012.

- Vergeles-Blanca J, Arroyo-Fernández de Aguilar J, Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. FMC-Aten. Primaria 1998Ene; 1(5):2736.
- Villalvilla D, Alonso C. Promoción de actividad física y la salud en el ámbito de atención primaria. El reto de la acción intersectorial.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL</b>	La evaluación del estado de nutrición en el adulto mayor se relaciona íntimamente con los componentes de la evaluación geriátrica integral, como son los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, familiares y económicos, así como su relación con los síndromes geriátricos.	Es la valoración del riesgo nutricional del adulto mayor que acude al C. S. Tate, el cual será valorado a través de la aplicación de un cuestionario y tendrá como valor final estado nutricional bueno, riesgo nutricional moderado y riesgo nutricional alto.	Test de salud nutricional ( Nutritional Screening Initiative)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Padecimiento de alguna enfermedad.</li> <li>✓ Consume menos de 2 comidas.</li> <li>✓ Consume pocas frutas, verduras y lácteos.</li> <li>✓ Consume 3 o más vasos de licor.</li> <li>✓ Problemas dentales o bucales.</li> <li>✓ Dinero suficiente.</li> <li>✓ Come solo</li> <li>✓ Consume 3 o más medicamentos.</li> <li>✓ Perdida o aumento de peso ultimamente.</li> <li>✓ Condiciones físicas para las actividades diarias.</li> </ul>

VARIABLE 2	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p align="center"><b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS</b></p>	<p>Son el conjunto de características presentes en la población sujeta a estudio y que tienen las características que son medibles.</p>	<p>Son las características demográficas y económicas de los adultos mayores que acuden al C.S. Tate, el cual será medido con la aplicación de un cuestionario y tendrá como valor final predominante y poco predominante.</p>	<p>Demográficas</p> <p>Económicas</p>	<p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>N° de hijos</p> <p>Convivencia</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Ingreso económico mensual</p> <p>Ocupación</p> <p>Pensión mensual</p> <p>Dificultades económicas</p> <p>Vivienda propia</p>

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO

#### INTRODUCCION

Buenos días, mi nombre es María Marliz López Ramírez, bachiller de la Universidad Privada San Juan Bautista de la Escuela profesional de Enfermería, estoy realizando un estudio titulado **“VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL C.S. TATE ICA JULIO 2017.**

Para ello se solicita responder las siguientes preguntas con veracidad, le agradezco su participación.

#### INSTRUCCIONES:

Marque con una X la respuesta que considere conveniente y/o complete los espacios en blanco según se asemeje a su parecer.

#### DATOS GENERALES:

1. **Ingresos hospitalarios en el último año**
  - a) Si
  - b) No
  
2. **¿Ha tenido cirugías (operación quirúrgica) en el último año?**
  - a) Si
  - b) No
  
3. **¿Presenta vómitos?( Si son frecuentes puede conllevar a un riesgo nutricional)**
  - a) A veces
  - b) Frecuentemente
  - c) Nunca
  
4. **¿Lugar donde habitualmente come?**
  - a) En su casa
  - b) En casa de un familiar
  - c) Institución
  - d) Restaurante

**II.- CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:**

**CUESTIONARIO NSI (NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE)**

ITEMS		SI	NO
1	Padece de una enfermedad o condición que le hizo cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo	2	0
2	Consume menos de 2 comidas diarias	3	0
3	Consume pocas frutas, verduras y productos lácteos.	2	0
4	Consume 3 o más vasos de cerveza, licor o vino diariamente	2	0
5	Tiene problemas dentales o bucales que dificultan su alimentación	2	0
6	Tiene el dinero suficiente dinero para comprar la comida que necesita	4	0
7	Come solo, la mayoría de las veces	1	0
8	Consume 3 o más medicamentos recetados, o por su cuenta	1	0
9	Sin habérselo propuesto, ha perdido o aumentado 5 kilos en los últimos 6 meses	2	0
10	Siempre se encuentra en condiciones físicas de hacer las compras, cocinar y/o alimentarse por sí mismo	2	0
<b>TOTAL</b>			

**CALIFICACIÓN:**

**0-2 puntos:** Estado nutricional bueno.

**3-5 puntos:** Riesgo nutricional moderado.

**6 a más puntos:** Riesgo nutricional alto.

## **VARIABLE CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS**

### **CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS.**

#### **1. SEXO:**

- a) M
- b) F

#### **2. ESTADO CIVIL:**

- a) Soltero (a)
- b) Casado (a)
- c) Viudo (a)
- d) Divorciado(a)

#### **3. NÚMERO DE HIJOS**

- a) Ninguno
- b) 1
- c) 2
- d) De 3 a más hijos.

#### **4. CON QUIEN VIVE UD.**

- a) Solo
- b) Con mi cónyuge
- c) Con mis hijos
- d) Con otros familiares

#### **5. GRADO DE INSTRUCCIÓN :**

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

## **CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS.**

**6. Su ingreso económico mensual es:**

- a) Menos de 850 soles
- b) De 851.00 a 1999 soles
- c) Más de 2000 soles

**7. Trabaja actualmente**

- a) Si
- b) No

**8. ¿Recibe una pensión por jubilación?**

- a) Si
- b) No

**9. ¿Tiene dificultades y apremios económicos?**

- a) Si
- b) No

**10. ¿Su vivienda es propia?**

- a) Si
- b) No

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa.

Criterios	Jueces								
	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables.	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
La secuencia presentada facilita el desarrollo del cuestionario.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
Total									0.152

1 = Si la respuesta es positiva.

N = Número de ítems.

$$P = \frac{\sum P}{N^{\circ} \text{ de Ítems}}$$

$$P = 0.022$$

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

## ANEXO 4

### TABLA DE CÓDIGO DE DATOS GENERALES Y RESPUESTAS

DATOS GENERALES	ITEMS
<b>INGRESOS HOSPITALARIOS EN EL ÚLTIMO AÑO</b>	
Si	1
No	2
<b>HA TENIDO CIRUGIAS EN EL ÚLTIMO AÑO</b>	
Si	1
No	2
<b>PRESENTA VÓMITOS</b>	
A veces	1
Frecuentemente	2
Nunca	3
<b>LUGAR DONDE HABITUALMENTE COME</b>	
En su casa	1
En casa de un familiar	2
Institución	3
Restaurante	4

VALORACIÓN DEL RIESGO	SI	NO
<b>NUTRICIONAL</b>		
Ítems (1 – 10)	1-4	0

CARACTERÍSTICAS	A	B	C	D
<b>DEMOGRÁFICAS</b>				
Ítems (1 – 5)	1	2	3	4

<b>CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
Ítems (6 – 10)	1	2	3	4

## ANEXO 5

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE ALFA DE CRONBACH DE LA VARIABLE VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL.

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 ítem.

$S_t^2$ : La varianza del total

K : El número de ítems.

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

$$\frac{10}{10-1} \left( 1 - \frac{4.50}{14.50} \right)$$

(1,11) (1- 0,31)

(1,11) (0,69)

Alfa de Cronbach: 0,76

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

## ANEXO 6

### TABLA MATRIZ DE DATOS GENERALES Y PRIMERA VARIABLE

VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL															
DATOS GENERALES				TEST DE SALUD NUTRICIONAL											
N°	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	T
1	1	1	3	1	0	0	2	2	0	4	0	1	0	0	9
2	1	2	1	4	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4
3	1	1	3	4	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4
4	1	2	1	4	0	0	2	2	0	4	0	0	0	0	8
5	2	1	3	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	4
6	2	2	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	1	3	4	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
8	1	2	3	4	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	5
9	1	1	1	1	2	3	0	0	0	4	0	0	0	0	9
10	1	2	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1	1	3	4	2	3	0	0	0	0	1	0	0	0	6
12	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	7
13	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
14	2	1	3	4	0	3	2	0	0	0	0	0	2	0	7
15	1	2	3	1	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	5
16	1	2	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
17	1	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
18	1	2	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3



44	2	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
45	2	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
46	2	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6
47	2	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
48	2	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**TABLA MATRIZ DE LA SEGUNDA VARIABLE**

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS						CARACTERISTICAS ECONÓMICAS				
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1
2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	1
3	2	4	2	2	2	2	1	1	2	1
4	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1
5	1	2	2	3	1	2	1	1	2	2
6	1	3	3	3	1	2	1	2	2	2
7	2	4	2	2	1	1	2	2	1	1
8	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
9	1	4	2	1	1	1	2	1	1	1
10	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1
11	2	2	4	2	2	1	2	1	1	1
12	2	4	2	2	2	1	2	1	1	1
13	1	1	2	3	2	1	2	1	1	2
14	1	3	4	3	2	2	2	1	1	2
15	2	2	4	2	2	2	2	1	1	1
16	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1
17	1	2	2	3	2	1	2	1	1	1
18	1	2	2	3	3	1	2	1	1	1
19	2	2	2	2	3	3	1	1	2	1
20	2	2	2	2	3	3	1	1	2	1
21	1	2	2	3	2	1	2	1	1	1

22	1	2	2	3	2	1	2	2	1	1
23	2	2	2	2	3	1	2	1	1	1
24	2	2	4	2	3	1	2	1	1	2
25	1	2	4	3	3	1	2	1	1	2
26	1	2	2	3	3	1	2	1	1	1
27	2	2	2	2	3	1	2	1	1	1
28	2	2	3	2	3	1	2	1	1	1
29	1	2	3	3	3	1	2	1	1	1
30	1	2	3	3	2	1	2	1	1	1
31	1	2	3	4	2	2	2	1	2	1
32	1	2	3	4	2	2	2	1	1	1
33	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1
34	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1
35	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1
36	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2
37	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2
38	2	2	4	2	2	1	2	1	2	2
39	2	2	4	2	2	1	2	2	2	2
40	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2
41	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2
42	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2
43	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
44	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
45	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
46	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2

<b>47</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>						
<b>48</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>						

## ANEXO 7

### TABLA 2

**VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL SEGÚN TEST DE  
SALUD NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE  
ACUDE AL C.S. TATE ICA  
JULIO 2017.**

<b>TEST DE SALUD NUTRICIONAL</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
ESTADO NUTRICIONAL BUENO (0-2 pts.)	11	23
RIESGO NUTRICIONAL MODERADO (3-5 pts.)	29	60
RIESGO NUTRICIONAL ALTO (>= 6 pts.)	8	17
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

**TABLA 3**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR**  
**QUE ACUDE AL C.S. TATE ICA**  
**JULIO 2017.**

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS</b>	<b>PREDOMINANTES</b>		<b>POCO PREDOMINANTES</b>	
	<b>FR</b>	<b>%</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>				
Masculino	-		18	37
Femenino	30	63	-	
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Soltero(a)	-		3	6
Casado(a)	38	79	-	
Viudo(a)	-		2	4
Divorciado(a)	-		5	11
<b>NUMERO DE HIJOS</b>				
Ninguno	-		-	-
1	18	37	-	-
2			8	17
De 3 a más	22	46		
<b>CON QUIEN VIVE UD.</b>				
Solo	-		4	8
Con mi conyugue	30	63	-	
Con mis hijos	12	25	-	
Con otros familiares	-		2	4
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>				
Primaria	-		8	17
Secundaria	30	63	-	
Superior	-		10	20

**TABLA 4**  
**CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DEL ADULTO MAYOR**  
**QUE ACUDE AL C.S. TATE ICA**  
**JULIO 2017.**

<b>CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS</b>	<b>PREDOMINANTES</b>		<b>POCO PREDOMINANTES</b>	
	<b>FR</b>	<b>%</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
<b>SU INGRESO MENSUAL ES</b>				
Menos de 850 soles	32	67	-	
De 851 a 1999 soles	-		14	29
Más de 2000 soles	-		2	4
<b>TRABAJA ACTUALMENTE</b>				
Si	-		6	13
No	42	87	-	
<b>RECIBE UNA PENSIÓN DE JUBILACIÓN</b>				
Si	34	71	-	
No	-		14	29
<b>TIENE DIFICULTADES Y APREMIOS ECONÓMICOS</b>				
Si	28	58	-	
No	-		20	42
<b>SU VIVIENDA ES PROPIA</b>				
Si	30	63		
No	-		18	37