

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONDICIONES SOCIO FAMILIARES Y SALUD
NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES
DEL BARRIO SAN BENITO GROCIO
PRADO CHINCHA
MARZO 2019**

PRESENTADO POR BACHILLER:

OLIVARES MEDINA WALTER FERNANDO

**PARA OPTAR EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

CHINCHA-PERU

2019

ASESORA DE TESIS: MG. VIVIANA LOZA FÉLIX

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por ser mi guía durante todo este proceso profesional, por darme la oportunidad de concluir mis estudios, gracias padre mío.

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Por contribuir y lograr mi objetivo de ser un profesional de calidad.

A los pobladores del barrio San Benito

Especialmente cada uno (a) de los participantes que colaboraron en la realización de esta investigación.

A mi asesora de tesis

Por el asesoramiento brindado en diferentes etapas de esta investigación.

DEDICATORIA

A mis padres porque me apoyan de manera incondicional motivándome día a día. Por ser los principales promotores de mis logros; por confiar y creer en mí y en mis expectativas. A ellos por desear y anhelar lo mejor para mi vida.

RESUMEN

Introducción: La población adulta mayor ha ido en aumento en las últimas décadas, por tanto asegurar sus condiciones de salud y calidad de vida va a depender principalmente de las condiciones socio familiares con las que cuenta, siendo necesario identificar y controlar su salud nutricional en vista que constituye un factor condicionante de enfermedades crónico degenerativas. La investigación tuvo como **Objetivo:** Determinar las condiciones socio familiares y salud nutricional en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019. **Metodología:** El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores, siendo la técnica usada una entrevista donde se utilizaron dos instrumentos validados y confiables; para condiciones sociofamiliares la escala de Gijón (5 ítems) y salud nutricional (10 ítems). **Resultados:** Las condiciones socio familiares en el adulto mayor revelan que existe problema social en el 88% de adultos mayores, de acuerdo a sus dimensiones: situación familiar el 58% presenta riesgo social; en la situación económica el 68% presenta problema social; en vivienda el 68% presenta problema social; relaciones sociales el 92% presenta riesgo social y en apoyo de la red social, el 48% presenta problema social. Respecto a la salud nutricional del adulto mayor, el 96% presenta riesgo alto. **Conclusión:** Las condiciones socio familiares en el adulto mayor presentan problema social y su salud nutricional es de riesgo alto, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada.

Palabra clave: Condiciones sociofamiliares, salud nutricional y adulto mayor

ABSTRACT

Introduction: The elderly population has been increasing in recent decades, therefore ensuring their health conditions and quality of life will depend mainly on the socio-familiar conditions they have, it being necessary to identify and control their nutritional health in view that constitutes a conditioning factor of chronic degenerative diseases. research was to **The objective** determine the socio-family conditions and nutritional health in older adults of San Benito Grocio Prado Chincha March 2019.

Methodology: The study was quantitative, descriptive, cross-sectional. The sample consisted of 50 older adults, the technique used being an interview where two validated and reliable instruments were used; for socio-family conditions, the Gijón scale (5 items) and nutritional health (10 items).

Results: Socio-family conditions in the elderly reveal that there is a social problem in 88% of older adults, according to their size: family situation, 58% present social risk; in the economic situation, 68% present a social problem; in housing, 68% present a social problem; social relations 92% present social problem and in support of the social network, 48% present social problem. Regarding the nutritional health of the elderly, 96% presents a high risk.

Conclusion: Socio-family conditions in the elderly present a social problem and their nutritional health is high risk, therefore the hypothesis is accepted.

Keyword: Socio-family conditions, nutritional health and older adult

PRESENTACIÓN

La presente investigación incluye un tema que contempla las condiciones socio familiares y salud nutricional del adulto mayor, como parte de la línea de investigación de prevención de enfermedades, población vulnerable de sufrir enfermedades crónicas degenerativas, así como también afecciones psicoemocionales ante la falta de apoyo y sostén familiar, lo cual perjudica su estado de salud y calidad de vida. Además, la atención integral en esta etapa de vida involucra necesidades de salud que ayuden a desarrollarse y mantenimiento de la salud donde la familia escasamente cumple su rol.

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las condiciones socio familiares y salud nutricional en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019. Se realizó el estudio con la finalidad de obtener información de la población adulta mayor, en las condiciones socio familiares en que vive y su salud nutricional, siendo en este caso personas vulnerable ante la sociedad. De tal manera de a partir de esta información el puesto de salud contribuirán con el diagnóstico de salud nutricional y valoración sobre la condición socio familiar, en donde el personal de salud pueda intervenir previniendo o mejorando la situación en la que se encuentran los adultos mayores logrando el desarrollo de estrategias de abordaje en la comunidad que mejoren la calidad de vida de la población adulta mayor.

El presente trabajo consta de cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema, lo cual constituye el planteamiento del problema, formulación del mismo, objetivos, justificación, y propósito; el Capítulo II: Marco Teórico, contiene antecedentes bibliográficos, base teórica; hipótesis, variables y definición operacional de términos; el Capítulo III: Metodología de la investigación, en esta se señalan el tipo de estudio, área

de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, diseño de recolección de datos y el procesamiento de datos; en el Capítulo IV: Análisis de los resultados, trata de los resultados y discusión de los mismos, y por último el Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones; además de las referencias bibliográficas, bibliografías y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
ASESORA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA:	
I.a. Planteamiento del problema.	14
I.b. Formulación del problema.	18
I.c. Objetivos:	18
I.c.1 General.	18
I.c.2 Específicos	18
I.d. Justificación	18
I.e. Propósito	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO:	
II.a. Antecedentes.	21
II.b. Base teórica.	25
II.c. Hipótesis.	47
II.d. Variables.	47
II.e. Definición operacional de términos.	47

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:	
III.a. Tipo de estudio.	49
III.b. Área de estudio.	50
III.c. Población y muestra.	50
III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	51
III.e. Diseño de recolección de datos.	52
III.f. Procesamiento y análisis de datos.	53
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. Resultados.	55
IV.b. Discusión.	63
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	
V.a. Conclusiones.	70
V.b. Recomendaciones.	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	81

LISTA DE TABLA

	Pág.
TABLA 1 Distribución de los datos generales de los adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.	55

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1 Condiciones socio familiar global en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.	56
GRÁFICO 2 Condiciones socio familiares según su dimensión: situación familiar en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.	57
GRÁFICO 3 Condiciones socio familiares según su dimensión: situación económica en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.	58
GRÁFICO 4 Condiciones socio familiares según su dimensión: vivienda en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.	59
GRÁFICO 5 Condiciones socio familiares según dimensión: relaciones sociales en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.	60
GRÁFICO 6 Condiciones socio familiares según su dimensión: apoyo de la red social en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.	61
GRÁFICO 7 Salud nutricional global en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.	62

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Operacionalización de variables	82
ANEXO 2 Instrumentos	84
ANEXO 3 Validez de instrumento	87
ANEXO 4 Confiabilidad el instrumento	88
ANEXO 5 Escala de valoración del instrumentos	90
ANEXO 6 Tabla de matriz	92

CAPITULO I: EL PROBLEMA

I.a PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la sociedad actualmente, la mayoría de las necesidades que reflejan la calidad de vida están sujetas al bienestar físico, sin embargo, la etapa adulta mayor donde los sistemas orgánicos declinan su funcionamiento naturalmente, las necesidades que requieren satisfacción corresponden a las afectivas dentro de su entorno social.

Para el 2050, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018; afirma que la esperanza de vida es igual o superior a los 72 años, además la proporción demográfica mundial de la población adulta mayor de 60 años se duplicará, estas cifras pasarán de un 11% a 22% en dicho grupo, llegando aproximadamente alrededor de 2000 millones de personas adulta mayores en el lapso de los próximos años¹.

En España para el año 2050, en una investigación realizada en Barcelona según Abades M. y Rayón E. (2012), quienes afirma que la esperanza de vida es igual o superior a los 80 años, además señala que España es uno de los países europeos con más crecimiento de envejecimiento demográfico, para entonces habrá 16 millones de personas adultas mayores que corresponden el 30% de la población total, de esto el 16.9% son personas mayores de 65 años, el 18.2% son personas mayores de 75 años y 11.8% son mayores de 80 años lo que significa que de cada 3 personas mayores 1 tendrán más de 80 años. Es por ello, que las mejores condiciones de vida, la mejora de la sanidad pública y los avances de tecnologías médicas y otros factores han originado el incremento de la esperanza de vida de los españoles. Por otro lado el 35.8% de las personas adultas mayores es dependiente llevándolos a vivir en una residencia, con un pariente o es un empleado doméstico ².

Según la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana de Colombia y la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria en el año 2017; afirman que para el año 2020, habrá 2 adultos mayores por cada adolescente, el estudio conformado por 30.000 adultos mayores de 250 municipios, se evidenció que el 9.3% viven solos. Asimismo, el 40% revela un perfil depresivo, vive en pobreza extrema, sufren violencia de diferentes tipos siendo una de las necesidades insatisfechas las emocionales³.

En una investigación realizada en Colombia en el año 2015; reveló que la población adulta mayor presenta un estado de vulnerabilidad y riesgo social en relación al estado de salud según su capacidad funcional la cual se va deteriorando por el aumento de la edad del mismo y esta predispone a una mayor comorbilidad, dicho esto el 32% de las personas adultas mayores presento tener 2 enfermedades crónicas las más frecuentes la hipertensión arterial y la diabetes en un 75%, con mayor énfasis en mujeres, las edades de las personas oscilaron entre 65 a 74 años en un 61% . Así mismo, el 67 % de las personas adultas mayores tiene riesgo y problema social⁴.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2018, informó que el 10.4% de personas adulta mayores tiene 60 años a mas, con mayor énfasis en mujeres, el 83.8% tiene su salud desquebrajada, el 41.6% de los hogares tiene al menos un adulto mayor, el 28% de ellos son jefes de hogar, el 24.2% vive solo, el 40.1% no laboran y el 19.2% reciben pensión ⁵.

En el Perú, según el resultado de la Encuesta Nacional de Hogares en el 2017; revela que el adulto mayor de 60 años a más, representa el 10,1 % del total de población del país. Siendo el 79% de la población adulta mayor femenina mostró algún problema de salud crónico. (Asma, hipertensión, artritis, diabetes, entre otros); mientras que en los hombres un 73 %. Del mismo modo, se aprecia que para el año 2025, las personas adultas mayores alcanzarán aproximadamente 4 millones y medio de población y para el año 2050 existirán cerca de 9 millones⁶.

En el Perú, el resultado de la Encuesta Nacional de Acceso al Programa Social Pensión 65 en el año 2017 se encontró que el 23,7% de la población mayor de 65 años a más se beneficiaría de este programa social. Sin embargo en el año 2016, muestra que la proporción de los adultos mayores beneficiarios se mantienen en los mismos niveles. Según área de residencia: en el área rural el 60,3% acceden a este programa social, mientras que en el área urbana el 17,3% y en Lima Metropolitana el 1,6% de la población adulta mayor ⁷.

En Perú en el año 2015, según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), menciona que los adultos mayores a partir de los 60 años abarcarán el 11.2% (3 726 534) de la población peruana para el año 2021; son quienes enfrentan condiciones difíciles al llegar a esta etapa de vida muchos de ellos enviudan y se quedan solos, hay quienes enfrentan enfermedades crónicas degenerativas para luego aceptar vivir en casa de reposo porque sus familiares no pueden o no quieren tenerlos en casa considerándose así como un “estorbo”. En el Perú se cuenta con 2 lugares de residencias públicas para las personas adultas mayores, el Hogar Canevaro y la Beneficencia Pública de Lima. Sin embargo el director Parodi J. del Centro de la Investigación del Envejecimiento (CIEN) señala que en el Perú cuenta con un marco normativo y políticas públicas, así mismo con un Plan Nacional y una Ley del Adulto Mayor, considera que su ejecución tardará a consecuencia de la carencia de presupuesto por parte del estado, para poder proporcionarle al adulto mayor la calidad de vida que requieren. Solo el 25% de la población adulta mayor en el país cuentan con un seguro social y pese a ello el seguro no cubre una residencia pública. Además, refiere que de 100 hogares 40 tiene como miembro a un adulto mayor y de esto no reúne las características de seguridad ⁸.

En una investigación realizada en Lima en el año 2014, reveló que la prevalencia de desnutrición en adultos mayores que viven en una comunidad varía entre 4,6 y 18%. La desnutrición incrementa el deterioro de la capacidad funcional, calidad de vida y también la morbilidad y

mortalidad del adulto mayor. Y el sobrepeso y la obesidad en esta etapa de vida es superior en el sexo femenino que del masculino como producto del hipoestrogenismo que caracteriza a la menopausia⁹.

Según el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PAMS) en el 2015, informó que en la región Ica cuenta con una población de 787,170 habitantes, de esto el 10.5% constituye la población adulta mayor, el 39.9% son hombres y el 42.7% son mujeres, asimismo el 16.2% de los adultos mayores son jubilados. Conforme al porcentaje obtenido en los adultos mayores por nivel educativo en el 2013 se registró que el 40% tienen primaria completa, el 27% secundaria completa, el 15% tienen superior completa, el 10% no tienen instrucción y el 1% técnico completo¹⁰.

En una investigación realizada en Ica por Alvarado E y Valdez I. En el año 2015, se obtuvo que los hábitos alimentarios que tiene las personas adultas mayores según al consumo de alimentos el 39% fue inadecuado, tipo de preparación el 62% fue inadecuado, además el perfil del consumo el 66% fue inadecuado; de estos hábitos el 47% fue inadecuados de los adultos mayores, además se obtuvo que el 43% tiene sobrepeso y el 26% tiene obesidad ¹¹.

A lo largo de las prácticas pre profesionales y experiencias en comunidad, se pudo observar que las familias y sociedad en general aíslan a los adultos mayores, hay quienes reciben un rol asignado en sus familias, en tanto que aquellos dependientes no reciben el apoyo de sus familiares, el trato que recibe se refleja en un estado nutricional bajo en el adulto mayor, percibiendo que dentro de los hogares donde vivían no recibían ningún apoyo de sus familiares y tampoco cuentan con seguro de salud e ingresos económicos como contar con una pensión para su sustento, donde se refleja en este grupo etáreo un descuido en su estado de salud, por otra parte, el estado nutricional del adulto mayor es inadecuado por situaciones socio familiares críticas, en que manifiestan que sus necesidades biológicas es lo prioritario y suficiente en esta etapa de vida.

Frente a la problemática planteada se formula la siguiente interrogante:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las condiciones socio familiares y salud nutricional en adultos mayores del Barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019?

I.c. OBJETIVOS

I.c. 1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las condiciones socio familiares y salud nutricional en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado Chincha marzo 2019.

I.c. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las condiciones socio familiares en los adultos mayores de acuerdo a:

- Situación familiar.
- Situación económica.
- Vivienda.
- Relaciones sociales.
- Apoyo de la red social.

Identificar la salud nutricional de los adultos mayores de acuerdo a:

- Cribado nutricional

I.d. JUSTIFICACIÓN

La investigación tiene importancia por cuanto involucra la última etapa de vida del ser humano como lo es el adulto mayor; existe muchos cambios y

dificultades en el proceso del envejecimiento ya que algunos roles que desempeña poco a poco son dejados de lado, pierde la autoridad dentro del núcleo familiar. Esto influye directamente a las condiciones socio familiares del adulto mayor donde se debe detectar oportunamente las malas relaciones interpersonales hacia el adulto mayor, mostrando las relaciones de respeto, de igualdad, sana convivencia, distribución de roles, expresión de afecto, solidaridad, comunicación asertiva donde la discriminación no debería de existir en el entorno del adulto mayor.

Entre las actividades importantes que realiza el enfermero (a) además del cuidado integral que le brinda a la persona, familia y comunidad, tiene un rol educador en el ámbito sanitario y tiene las competencias necesarias para poder generar acciones de cuidados de promoción y prevención de salud, si bien en esta etapa de vida las personas mayores muestran características de vulnerabilidad que permite ampliar los conocimientos para mejorar la salud de la persona adulta mayor, es por ello que los hábitos alimentarios y los estilo de vida saludables contribuyen a mantener la salud de los individuos en relación al estado nutricional del adulto mayor.

I.e. PROPÓSITO

Los resultados de la investigación serán entregados a la Jefe (a) de Enfermería del centro de Salud y a la Municipalidad Distrital de Grocio Prado del Barrio San Benito, el centro de salud porque ellos contribuirán con el diagnóstico de salud nutricional y valoración sobre la condición socio familiar, en donde el personal de salud pueda intervenir previniendo o mejorando la situación en la que se encuentran los adultos mayores mediante el desarrollo de estrategias que mejoren la calidad de vida de la población conjuntamente con el municipio distrital crear o mejorar los programas sociales para las personas adultas mayores que se encuentre en situación de vulnerabilidad.

Se proporcionará información veraz y relevante, para que sirva como base de posteriores investigaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES

Guaicha E. En el año 2017, realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, que tuvo por objetivo determinar **LA SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ZONA 7. ECUADOR.** En el estudio se consideró una muestra probabilísticamente por racimos donde se obtuvo 1146 adultos; de los cuales se utilizó como instrumentos unas fichas para la recolección de datos de filiación, funcionamiento familiar y para determinar el riesgo socio familiar se aplicó la escala de Gijón modificada. Dentro de los resultados obtenidos el 52,6% son hombres con un promedio de 65 a 74 años de edad, el 49,4% son casados, el 68% estudiaron primaria y el 23,5% no cuentan con ningún grado de instrucción; según tipo de familia: el 66,3% vive en familias nucleares y el 66,7% en etapa de contracción (ciclo vital familiar); dentro la situación familiar: el 66,2% se encuentra en buena situación familiar, el 16,8% se encuentra en riesgo familiar y el 17% presenta deterioro familiar; dentro de la funcionalidad familiar: el 34,6%, se encuentra moderadamente funcional, el 30,8% disfuncional y el 14,6% severamente disfuncional en conclusión se afirma que la situación socio familiar tiene relación con la funcionalidad familiar ¹².

Bautista J. En el año 2016, realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, que tuvo por objetivo determinar **LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR POR ABANDONO FAMILIAR, HIDALGO. ESPAÑA.** En el estudio se consideró una muestra de 14 adultos mayores que acuden al INAPAM-Hidalgo la muestra se obtuvo mediante el procedimiento no probabilístico de los cuales se utilizó la técnica una encuesta y como instrumento un cuestionario para

determinar la depresión y abandono familiar. Dentro de los resultados obtenidos el 79% de las personas adultas mayores abandonaron sus actividades e intereses, el 58% prefieren quedarse en casa, el 35% se consideran como una persona inútil, el 50% vive solo, el 100% se deprime mediante la ausencia de sus familiares, el 50% de personas mayores se sienten abandonados en conclusión se afirma que las personas adultas mayores son más vulnerables y sensibles a presentar depresión por el abandono familiar ¹³.

Villarreal G, Month E. En el año 2015, realizaron una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, que tuvo por objetivo de determinar **LA CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR, ASISTENCIAL Y DE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE DOS COMUNAS. COLOMBIA**. En el estudio se consideró una muestra de 275 adultos mayores de 65 años que vive en 18 barrios diferentes en Sincelejo. La técnica usada fue la “Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón”; “Escala de Lawton y Brody”; “Índice de Katz” para la valoración funcional y la “Escala Minimental” para la evaluación cognitiva. Dentro de los resultados se obtuvo que el 61% son mujeres con un promedio de 75,4 años de edad, el 75.2% padecía hipertensión arterial, el 70.5% cardiopatías isquémicas, el 68.3% osteoarticulares y el 51% presenta muchas de estas patologías. El 67,7% de la población presenta riesgo y problema social, mayormente en las féminas, además su funcionalidad está deteriorada en los de mayor edad. Concluyendo que los adultos mayores son vulnerables al riesgo social, tienen buena capacidad funcional, con mayor deterioro en mayor edad y tienen elevado índice de comorbilidad⁴.

Chahua F. En el año 2018, realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, que tuvo por objetivo determinar **EL ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR. COOPERATIVA HUANCARAY, APURIMAC**. El universo estuvo conformado por 80 adultos mayores cuyos pobladores vive en la

cooperativa Huancaray. A quienes se le aplicó una encuesta y como instrumento se utilizó la escala de Likert. Dentro de los resultados se obtuvo que el 37,5% lleva una vida saludable, nutrición e IMC; en tanto que el 62,5% lleva una vida no saludable con exposición de riesgo de la salud. Respecto al estado nutricional se encontró que el 36.25% es normal, mientras que el 38,75% se encuentra en un estado de sobrepeso y el 15% en un estado de obesidad. Se concluye de acuerdo al estilo de vida que lleva el adulto mayor tiene relación significativa con estado nutricional¹⁴.

Maldonado E. En el año 2017, realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptiva, que tuvo por objetivo determinar **LA VALORACIÓN MENTAL Y SOCIOFAMILIAR EN LOS HABITANTES ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO EL GUAYABO, SAN JOAQUÍN ICA**. El universo estuvo constituido por 40 personas mayores donde se le aplicó una entrevista obteniendo como resultado: De acuerdo a los datos generales, el 42% tenía más de 78 años, el sexo que predominó fue el femenino con el 58%, el 48% son casados, el 72% no trabaja. De acuerdo a la variable de valoración mental fue adecuada, según la dimensión de estado cognitivo con el 63% y en estado afectivo con el 50%. Por lo que la valoración mental global, en el 59% fue adecuado y el 41% inadecuado. De acuerdo a la variable de valoración sociofamiliar en sus dimensiones se encontró que la situación familiar el 45% presentan riesgo social, la situación económica el 75% tienen buena situación social, vivienda el 70% evidencian que existe problema social, apoyo de la red social el 50% presentan riesgo social, relaciones sociales el 67% presentan riesgo social. En la valoración sociofamiliar global el 57% presentan riesgo social, el 25% evidencian que existe problema social y el 18% tienen buena situación social. Concluyendo que la valoración mental es adecuada y la valoración sociofamiliar presenta riesgo social¹⁵.

Alvarado E, Vélez L. En el año 2016, realizaron una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, que tuvo por objetivo determinar **LA CONDICIÓN SOCIO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR QUE HABITA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO MIGUEL GRAU SEMINARIO PIMENTEL. ANCASH**. En el estudio se consideró una muestra de 60 adultos mayores, quienes desarrollaron la escala de “Gijón” para la valoración sociofamiliar. Cuya escala dio como resultado el (37%) vive con familia sin conflicto familiar; así mismo el (17%) viven solos y carecen de hijos o viven lejos; además el (57%) tiene un ingreso menor al mínimo vital y añadiendo esto el (25%) no cuentan con una pensión; el (95%) tiene viviendas semiconstruidas o de material rustico; el (37%) mantiene relaciones sociales en su comunidad; pero sin embargo el (17%) no lo hace y el (57%) tienen seguro pero necesitan más apoyo de éste, encontrándose además que el (12%) se encontró en situación de abandono. Concluyendo que los adultos mayores presentan riesgo social¹⁶.

Varela L, Chávez H, Tello T, Ortiz P, Gálvez M, Casas P. En el año 2015, realizaron una investigación de tipo cuantitativo, descriptiva, que tuvo por objetivo determinar **EL PERFIL CLÍNICO, FUNCIONAL Y SOCIOFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD EN UN DISTRITO DE LIMA, PERÚ**. Se consideró una muestra de 501 personas adultas mayores a quienes se les aplicó un cuestionario, además de realizar una evaluación física y hematológica. Dentro de los resultados, el promedio de edad fue 71.5 años, en su mayoría padecían hipertensión arterial en un (40,9%), enfermedades reumatológicas en un (36.9%); asimismo el 27.7% muestra algún grado de dependencia parcial o total en su calidad de vida, el 16.2% muestra deterioro cognitivo; el 8% vive solo, el 58,5% señala que existe riesgo o problema social. Se concluye que existe dependencia funcional, riesgo o problema social en los adultos mayores que presenta enfermedades crónicas, síndromes y problemas propios de la edad¹⁷.

Elguera J. En el año 2015, realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, que tuvo por objetivo de determinar los **HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA**. Se consideró una muestra de 100 adultos mayores a quienes se les aplicó una entrevista. Cuyo resultados: Hábitos alimentarios según el consumo de alimentos el 61% fue adecuado y el 39% inadecuado; tipo de preparación el 62 % fue inadecuado y el 38% fue adecuado; perfil de consumo el 66% fue inadecuado y el 34% fue adecuado obteniendo como resultado global el 53 % fue adecuado y el 47 % inadecuado en los adultos mayores. Respecto al estado nutricional, el 43% fue sobrepeso, el 26 % obesidad, el 25% normal y el 2% delgadez de acuerdo a la tabla de valoración de IMC en adultos mayores. Concluyendo que los hábitos alimentarios son adecuados, y el estado nutricional es de sobrepeso¹¹.

Cada investigación hecha por diferentes autores, los cuales interesados en la problemática que compromete condiciones socio familiares y salud nutricional en los adultos mayores, desde diversos puntos son importantes para la investigación, pues sirven como guía en la elaboración del estudio aportando con su metodología, incrementa el conocimiento de tal manera que se logre confrontar los resultados donde se establecerá la incidencia del problema propuesto, por lo que será motivo para ampliar el tema ya que tiene repercusión socio cultural.

II.b. BASE TEÓRICA

CONDICIONES SOCIO FAMILIARES

Según Alarcón M y González J. citado por Villarreal G y Month E. (2016), en su estudio sobre la condición socio familiar del adulto mayor sostiene

que “la condición socio familiar es el conjunto de características que se centra en la familia, en el entorno social (vivienda, relaciones sociales, redes de apoyo) y en el ámbito económico ya que ello determina el bienestar o malestar de la persona”⁴.

De acuerdo con el autor Guaicha E. (2017) en su estudio sobre la situación familiar y funcionalidad del adulto mayor afirma que al contar con el sostén de la pareja, de un familiar, amigo o vecino constituye en sí un elemento benefactor dentro del entorno del adulto mayor. Por otro lado el estado conyugal reduce el impacto de soledad, asimismo, contar con redes de apoyo se relaciona con un mejor funcionamiento familiar que aquellas que no cuentan con apoyo¹². El solo hecho que familia cuente con buen apoyo familiar, seguida de redes de amigos son las que contribuyen más apoyo a cualquiera que sea el tipo de familia.

Por otro lado, según Zapata citado por Guaicha E. (2017), sobre la situación familiar y funcionalidad del adulto mayor menciona “el hecho de ser casados crea una fortaleza afectiva, al contrario aquellos que son solteros, viudos o separados trae consigo un debilitamiento de las redes sociales con el riesgo de mostrar depresión y ansiedad”¹²; de tal manera las redes de apoyo familiar y social en los adultos mayores son los pilares fundamentales para evitar el sentimiento de soledad, más aún en mayores de 80 años este sentimiento de soledad es mayor.

Ciertos autores mencionados anteriormente concuerdan que las condiciones sociofamiliares se adquiere mediante ciertas características o cualidades centradas en la familia o el entorno, que se manifiesta a través de la respuesta hacia determinada situación.

Situación familiar

De acuerdo con Laínez citado por Alvarado E, Vélez L. (2016) sobre la condición socio familiar menciona que las familias, pasan por el proceso de envejecimiento en especial en alguno de sus miembros, donde se

caracteriza por la pérdida de roles y de autoridad en el núcleo familiar. En base a esta afirmación, esto ocurre cuando la persona llega a esta etapa final y deja de ser el eje del sostenimiento de la familia y el líder de las decisiones, llegando a ser un individuo dependiente, por tal motivo el liderazgo familiar pasa por el proceso de debilitamiento y para luego desaparecer. Por ello, se llega a presenciar cambios en el status familiar, a consecuencias de aptitudes físicas y mentales, además de esto también influyen aspectos culturales¹⁶.

Este aspecto incluye el conflicto familiar en el que vive el adulto mayor dentro de su entorno familiar, mayor aún si presenta algún grado de dependencia por la invalidez, deterioro mental o disfuncional propio del proceso de envejecimiento. La presencia de la pareja o cónyuge es importante para el equilibrio emocional del adulto mayor, siempre que se produzca una relación armoniosa, más aún si cuenta con el apoyo de los hijos.

Mientras que se vaya dando el envejecimiento las personas adultas mayores van a sufrir cambios en el aspecto económico, ya que no va a poder realizar actividades de trabajo que requieren mayor fuerza, por lo que puede ser mejor resuelta por una persona joven. Eso genera una situación de desempleo al llegar a esta etapa de vida, lo que repercutirá en su solvencia económica. Lo que significa, que al llegar a ser personas mayores probablemente sus hijos tengan la edad suficiente para asumir el rol de jefes del hogar y por tanto muchos de los padres tienden a depender de sus hijos y se muestran asequibles a recibir el apoyo¹⁸.

En cuanto a los hijos que ya conforman una familia, la situación se torna un poco más compleja y variable, puesto que muchas veces deciden únicamente dedicarse a su familia nuclear y dejar de lado a lo que podría llamarse su familia extensa. Sin embargo se dan situaciones en las que los hijos asumen a toda la familia como integrativa y esto repercute en su situación socio familiar ¹⁸.

Dentro de este punto, la familia es el sostén que facilita el afrontamiento de cada situación ofensiva a su salud, así mismo la armonía que prevalezca en la familia va a repercutir de manera favorable en el adulto mayor, a diferencia de un ambiente familiar hostil y con conflictos. En una situación así genera inquietud y su salud mental se ve afectada al sentirse culpables, se sienten inútiles al no poder intervenir. Por ello, al ser responsable del cuidado de un adulto mayor, no solo basta con tenerlos en casa, sino que también es importante darles la atención y expresiones de cariño hacia ellos, para que se sientan satisfechos y apreciados en la familia¹⁹.

Cabe resaltar, según la teorista Evelin Duvall recalca sobre el “desarrollo de la familia”, que cada familia tiene características diferentes y cada una establece sus normas las cuales se dan en el momento específico en el ciclo de la vida familiar. Por esto, la teorista define por etapas a la familia:

I etapa (inicio familiar), comienza cuando se planifica el embarazo y la paternidad, manteniendo el equilibrio conyugal entablando relaciones armoniosas con los parientes políticos y nuevas amistades.

II etapa (maternidad temprana), comprende desde el nacimiento del niño hasta los 39 meses de edad.

III etapa (familia pre escolar), donde se inicia la adaptación de las necesidades e intereses que estimulan al niño pre escolar.

IV etapa (familia con niños en edad escolar), donde se inicia cuando el niño va a la escuela y los padres alertan el logro educativo de sus hijos, importante siempre manteniendo la vida conyugal de los padres.

V etapa (familia con adolescente), cuando el niño llega a la pubertad se vuelve autónomo y desarrolla su independencia siempre y cuando manteniendo la comunicación entre los padres y el adolescente.

VI etapa (familia con hijos mayores), consiste en que el hijo mayor abandona el nido y persiste hasta que el último hijo se va del nido para así vivir independientemente.

VII etapa (familia con edad madura), desde el nido vacío hasta la jubilación.

VIII etapa (familia anciana), comienza desde que los cónyuges se jubilan y posteriormente hasta la muerte de ambos²⁰.

Situación económica

Según Fabra A. (2017), en su artículo sobre la situación económica de la persona adulta mayor “hace referencia al patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen”²¹.

De acuerdo con Thorne A. (2017), en una publicación del Ministerio de economía²² sobre la situación actual en el Perú existen por lo menos 4 de cada 10 adultos mayores (65 años a más) que no acceden a ninguna pensión, por consiguiente llegando a presentar en ciertas circunstancias de desamparo. Es por ello, el ser humano en este proceso constantemente resulta ser afectado, desarrollándose de esta manera el aumento de problemas de salud, deterioro de los modelos familiares y sociales, desempleo, bajos ingresos económicos y disminución de la condición física y mental²³.

Dentro de este punto, según Martínez citado por Maldonado (2017)¹⁵ en su estudio sobre la condición sociofamiliar señala que es la condición de abarcar todo aquello de forma independiente; refiriéndose en la cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes en que el individuo pueda solventar sus gastos, en tanto que puedan cubrir sus necesidades básicas (alimento, vestido, vivienda, salud, etc.), asimismo entre otras necesidades secundarias, por lo que el nivel de vida se basa a la cantidad de dinero con la que pueda contar y disponer en el momento que sea pertinente, la

seguridad económica en el adulto mayor consta de 3 elementos básicos que describen su perfil socioeconómico, son de la siguiente manera:

1° elemento: Consiste en solventar los gastos económicos por los servicios fundamentales o básicos para subsistir según sea por (alimentos, salud, vestimenta, vivienda) los cuales establecen la “calidad de vida” en el adulto mayor.

2° elemento: Consiste en la pensión económica que reciben de manera fragmentada de las entradas reservadas por los años laborales.

3° elemento: Consiste en la capacidad de realizar actividades que no requiere de mucho esfuerzo para poder generar económicamente un ingreso mínimo por ello, de acuerdo por su disponibilidad, o simplemente por el cuidado de los nietos en casa etc.

Vivienda

Según la Organización de la Naciones Unidas (2016) sostiene que: “La vivienda es el espacio fundamental para el desarrollo de la vida de la familia; conforma el escenario para la reproducción social y a su vez satisfacer sus necesidades, determinante de la salud, entorno para la promoción del bienestar y derecho fundamental”²⁴. Es decir, es el ambiente donde la persona (reside, descansa, se alimenta, goza de sus pasatiempos); es sentimentalmente considerada como “el santuario de su vida privada”.

Según el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; en su art.11: sostiene que “Es derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí mismo y para su familia, incluyendo alimentación, vestido y vivienda adecuadas y una mejora continuada de las condiciones de existencia”²⁴.

Según el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece viviendas adecuadas cuando existe: Tenencia legal

de la vivienda, es decir la posesión de la misma, el acceso a servicios básicos e infraestructura que aseguren el saneamiento, gastos que pueden cubrirse como parte de las necesidades básicas, que pueda ser habitado y vivir en ella, factible de habitarlo y seguro²⁴.

De tal modo, es importante que la familia cuente con saneamiento básico en su vivienda. La Organización Mundial de la Salud en el año 2017 define que: “El saneamiento es fundamental para proteger la salud pública”²⁵. Por ello, es necesario el mejoramiento del acceso a servicios de saneamiento básico en los hogares evitando riesgo de salud en la forma de recogida, transporte, tratamiento, eliminación y uso de los residuos.

Por otro lado, al pasar los años una de las facultades que se va perdiendo y es notorio corresponde a la visión, siendo necesario mayor iluminación con el fin de evitar accidentes, tener acceso a la iluminación natural a través de las ventanas; por otro lado el uso de barandillas es una elección confortable ya que permitirá el desplazamiento autónomo de la persona, el piso debe ser adecuado que permita la marcha sin obstáculos y evitar que se resbale y los objetos deben estar en lugares de fácil acceso con el fin de evitar accidentes²⁶. A todo esto, la implementación de ciertas propuestas, es con la finalidad de poder adaptar no solo la casa sino también a la familia, por lo general adoptándose a nuevas conductas, para ayudar a que los adultos mayores puedan vivir con facilidad sin perder su autonomía.

A lo que condiciona una vivienda en la persona mayor deben ser apropiadas a sus necesidades muchas veces por la condición física del mismo, presentando en ocasiones barreras arquitectónicas que impide a la persona el desplazamiento en el espacio de la vivienda y a su vez de su mala conservación que genere riesgo a su salud; tales como accidentes, enfermedades (depresión, ansiedad, enfermedades respiratorias, etc.).

Relaciones sociales

De acuerdo con Chiavenato citado por Fanarraga Y. (2017), en su estudio sobre las relaciones sociales menciona que son aquellas relaciones basadas en la intercomunicación entre los seres humanos de cualquier tipo, de tal forma, las personas se interrelacionan de acuerdo a un marco de normas sociales o de conducta dentro una sociedad, venerando en si el enfoque social de la persona²⁷.

Según Moratto N, Zapata J, Messenger T. (2015) en su artículo sobre la conceptualización de ciclo vital familiar sostiene que: “la familia es un grupo de personas que están relacionadas por el afecto, el matrimonio o la filiación, comparten una ideología acerca de la socialización de sus miembros y se reparten el consumo de los bienes, servicios y gastos económicos del hogar”²⁸. Lo fundamental en el ser humano es crecer en una familia, son las primeras personas con las que interactuamos, con quienes compartimos experiencias; de ello aprendemos a socializar con nuestro entorno.

En cuanto, a las relaciones interpersonales para Tazón citado por Espinoza S. (2017), en su estudio sobre las relaciones interpersonales sostiene que “Las relaciones interpersonales es una necesidad de los individuos, junto a ellas factores que influyen en las relaciones interpersonales: la personalidad, las funciones cognitivas, el deseo y el estado afectivo”²⁹.

La familia es el núcleo de la sociedad por tanto es parte esencial de ella, debe existir una interacción no solo entre la familia sino también con el entorno, esto beneficia a que la persona aprenda a desarrollarse en sociedad basado en principios y valores inculcados a través de la familia.

Apoyo de red social

Según Cervantes E. (2014) en su artículo sobre la red de apoyo en el adulto mayor sostiene que “el apoyo de red social son sistemas de intercambios

de apoyos entre las poblaciones menos favorecidas como una especie de sistema informal de seguridad social para la supervivencia de una persona, familia o comunidad,”³⁰. Llegando a especular que el apoyo de red social es régimen de seguridad social, de esta manera se clasifica de 2 tipos: “formal e informal”, se puede afirmar que son entidades de apoyo de cualquier índole que busca el bienestar en el adulto mayor; ofreciéndole ayuda y soporte a la misma vez que envejece.

De acuerdo con Álvarez M. y Bertone C. en su estudio sobre apoyo socio familiar y satisfacción con la vida del adulto mayor mencionan: una de las redes de apoyo es la familia en primera instancia, seguida de la integración de la comunidad en las actividades que favorezcan al desenvolvimiento eficaz del adulto mayor, en determinadas circunstancias de la vida. Y a la vez, la participación activa de la sociedad en general que extiende y promueve estrategias y un planeamiento exhaustivo para alcanzar un envejecer saludable con la satisfacción de tener a la disponibilidad todos los recursos esenciales para una vida digna y cómoda. Esto involucra la aceptación, el respeto, así mismo la atención integral de la salud y actividades de (recreación, ocio y distracción, entre muchos otros) ³¹.

Según Arias C. en su artículo sobre la red de apoyo social en la vejez menciona que: “La red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo”³². Por tanto, si bien la persona no recibe permanentemente estas ayudas; pero si en situaciones críticas en la que se busca solucionar conflictos y problemas.

El aseguramiento de la población es fundamental para la sociedad, para Ugarte O. (2017) sostiene que “la Ley de Aseguramiento Universal en Salud N.º 29344, lo cual constituye uno de los acontecimientos más importantes para la salud pública peruana de las últimas décadas”³³. De tal modo, accederá a todas las personas a un medio de salud encaminado hacia (la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la

recuperación), mediante sus intervenciones de los servicios de salud públicos y privados.

Dado esto, el aseguramiento en salud según Ugarte O. afirma que: “El 40% de la población más pobre no cuenta con un seguro de salud, la que se empobrece cada vez más con las enfermedades, en un círculo vicioso que los condena a la postración y al atraso”³³. Sin embargo, a lo informado plantea mejorar el desarrollo integral y una adecuada calidad de vida, para optimizar un trato social justo y perdurable entre la ciudadanía.

SALUD NUTRICIONAL

Según la Organización Mundial de la Salud (2017) sostiene que: “La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo”³⁴. De tal modo, “es el resultado del equilibrio del ingreso de nutrientes y del gasto calórico proteico para lograr cubrir las necesidades fisiológicas adecuadas; los efectos de esta situación son la desnutrición y por otro lado el sobrepeso y la obesidad”³⁴. Por otro lado, de acuerdo con Figueroa D. sostiene que: “El estado nutricional es el resultado del equilibrio entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales”³⁵

La “desnutrición, el sobrepeso y la obesidad” se agrupan a un mayor riesgo de morbimortalidad, de infección, aumento de caídas y fracturas, estancias hospitalarias más prolongadas producto del empeoramiento de las enfermedades agudas o crónicas y del deterioro en la calidad de vida de la persona³⁶. Si bien estas necesidades energéticas que requiere el adulto mayor son: Requerimientos proteicos, de hidratos de carbono, de grasa, agua, fibra dietética y micronutrientes³⁷.

Cribado nutricional

Según Ócon J, Trallero A, Aguillo E. en su artículo sobre “comparación de 2 herramientas de cribado nutricional en el adulto mayor” mencionan que:

“Es el primer paso de la valoración nutricional e identificar precozmente a personas el estado de desnutrición o en riesgo nutricional para remitirlos a una valoración nutricional más específica e instaurar un tratamiento nutricional”³⁸. Cribado nutricional requiere que el enfermero (a) tenga el conocimiento científico, la vocación e incluso resguardar la dignidad, mejorar y/o conservar el estado de salud de las personas mediante el cuidado integral del adulto mayor. Así mismo en la forma de evaluar la salud nutricional mediante un test con el fin de identificar riesgo desnutrición o sobrepeso de la persona.

De acuerdo con Orozco R, Molina R. en su artículo “actividad física, recreación y salud en el adulto mayor” hacen mención que “el consumo de alimentos y bebidas es básico para la vida”³⁹. Así mismo, el anciano debe de alimentarse adecuadamente para obtener la energía necesaria que le permita un buen funcionamiento en el organismo. Por tanto señala que “debe tener en cuenta la calidad de los alimentos que debe consumir, que sean ricos en fibras, consumir la cantidad adecuada de agua al día, reducir la cantidad de azúcar y de grasa, en la distribución de las comidas”³⁹. Lo cual origina que las personas tengan una adecuada alimentación saludable con el fin de prevenir un riesgo de desnutrición o sobrepeso.

Es por ello, que el adulto mayor solo necesitará requerimientos nutricionales durante las 24 horas del día para el buen funcionamiento del organismo, basándose en la cantidad, frecuencia, equilibrio de acuerdo a sus necesidades energéticas.

Dado esto, conforme la persona envejece, el metabolismo se vuelve más lento, asimismo, en esta etapa ocurren cambios en la composición corporal, disminución del tejido muscular y al aumento de tejidos grasos, es así la pérdida de fuerza y velocidad, el sedentarismo acompañado de problemas en el funcionamiento del organismo, a todo esto, lo que hace recomendable ingerir alimentos con requerimientos nutricionales adecuadas y el ejercicio en esta etapa es muy importante para el funcionamiento del organismo.

Dentro de este punto, según Troncoso C. en su artículo sobre la “alimentación del adulto mayor” sostiene que: “El alimentarse es un comportamiento habitual, con conductas aprendidas desde las etapas iniciales de la vida y que se contextualizan por directrices entregadas por las familias, sociedad y también, por aspectos económicos”⁴⁰.

Cabe destacar, que la salud nutricional del adulto mayor se va a ver alterados por cambios en los hábitos alimentarios, por presencia de enfermedades y autonomía en el adulto mayor donde se tomaran en cuenta para la medición de la salud nutricional.

Los hábitos alimentarios forman parte de los estilos de vida diaria. Según la Organización Mundial de la Salud sostiene que: “se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez”⁴¹.

Así mismo, de acuerdo con Serrano, Cervera, López, Ribera y Sastre citado por Valenzuela R. (2016)⁴² en su estudio sobre “el estilo de vida en el adulto mayor” sostiene que los alimentos contienen valor nutritivo necesario para su mantenimiento y desarrollo. Además, “la alimentación debe ser balanceada y en la hora correcta, además de esto debe de contener proteínas, carbohidratos y grasas. Incluso se debe de comer todos los alimentos de forma lenta”⁴². De tal manera que la persona adulto mayor con sobrepeso debe evadir comer alimentos que contengan harina como también evitar consumos de producto de azucarados, consumir al menos 8 vaso de agua al día y relativamente el reposo nocturno.

Ciertos autores mencionados concuerdan que los hábitos alimentarios son adquiridos por la propia persona mediante las conductas del mismo, con el fin de tener una salud saludable basándose en el consumo adecuado de nutrientes, que contengan “vitaminas, minerales y proteínas” que serán necesarios para el funcionamiento normal del organismo con una dieta equilibrada y variada diariamente.

Además, “la presencia de enfermedades reflejadas en el adulto mayor suele disminuir la cantidad de alimentos por la disminución de la fuerza de los músculos de masticación; por la ausencia de piezas dentales; por alteraciones en el gusto y el olfato”⁹. Así mismo, los cambios en la función del estómago y disminución de los mecanismos de absorción del mismo; de esta manera, las persona con inadecuados estilos de vida suelen ingerir alimentos ricos en grasas y disminuyendo el consumo rico en carbohidratos y proteínas. Por otro lado, “el consumo de alcohol y el tabaco; el sedentarismo; la posmenopausia; la depresión; el incremento de las enfermedades crónicas, y la mala calidad de vida favorecen en ellos la malnutrición en el adulto mayor”⁹.

Así mismo, según la Organización Mundial de la Salud sostiene que: “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo”⁴³. Según la carta de Ottawa en 1986 sustenta que: “la promoción de salud es el proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla”⁴³.

Dentro de este punto, el desequilibrio nutricional se produce cuando existe una alteración en el estado nutricional óptimo de las personas evidenciándose situaciones de “malnutrición y de desnutrición”. Ciertos términos de malnutrición y desnutrición son considerados con mucha frecuencia, siendo utilizados sin distinción alguna en la literatura científica, es por ello que consideramos necesario definir el significado de estos dos términos significativo. El riesgo de malnutrición puede ser transitorio y que no siempre se caracteriza por disminución de consumo de nutrientes sino por un desequilibrio alimenticio tanto por exceso como por defecto⁴⁴.

Otro aspecto importante en la salud de la persona, sobre todo el adulto mayor es el sobrepeso y la obesidad, la misma que trae consigo el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, comorbilidad de otras enfermedades crónicas. Tales como la hipertensión, la diabetes mellitus, etc.

Y finalmente dentro de su autonomía del adulto mayor según la Organización Mundial de la Salud sostiene que: “Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación”⁴⁵. Así mismo afirma que “las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales”⁴⁵.

En el adulto mayor una limitación física impide realizar su propio cuidado personal, requerirá de mayor apoyo de parte de su familia, principalmente en la proporción de satisfacción de necesidades como la alimentación, higiene, acicalamiento, actividad física que hacen posible una mejor circulación orgánica y por ende evitar enfermedades.

Adulto Mayor

Según la Organización de las Naciones Unidas (2016) considera “Toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados; sin embargo para los países subdesarrollados considera a partir de 60 años”⁴⁶. Es así que la expectativa de vida siempre va ir ligada con la situación económica que vive un país esto quiere decir, si es buena todas las personas gozan del acceso a la salud, pensiones, jubilación y entre otros beneficios, que corresponden a una economía sostenible de un determinado país. Además, la Organización Mundial de la Salud considera a “la persona adulta mayor sana siempre y cuando estén en las óptimas condiciones, físicas y psicológicas”⁴⁶.

Tipos de personas adultas mayores

Persona adulto mayor sana: Son aquellas personas que no tiene antecedentes, ni signos, ni síntomas atribuidos a una patología. Incluye actividades de promoción como el autocuidado, los estilos de vida

saludable, uso de tiempo libre, integración social y de prevención de enfermedades.

Persona adulto mayor enferma: Son aquellas personas que tiene dolencia aguda, sub aguda o crónica de una enfermedad que requiere la atención del daño y rehabilitación.

Persona adulto mayor frágil: Aquellas que tiene mínimo 2 de las condiciones siguientes: Mayor de 80 años, deterioro cognitivo, dependencia, depresión, caídas, riesgo social, toma más de dos fármacos por patologías crónicas, con un IMC < 23 o >28.

Persona adulta geriátrica: Es aquella que tiene mínimo de 3 a más de las condiciones siguientes: Mayor de 80 años, multipatología, paciente terminal, problema social y deterioro cognitivo severo y visual ⁴⁷.

Las personas adultas mayores se distribuyen en 3 grandes dimensiones:

Persona adulta mayor auto Valente: “Es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado”, de los cuales son (comer, vestirse, trasladarse, asearse, bañarse, continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria), que son actividades relacionadas con aquellas funciones de (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad).

Persona adulta mayor frágil: “Se define como aquella persona mayor que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a enfermarse o de sufrir algún tipo de discapacidad”.

Persona adulta mayor dependiente o postrada: “Se define a aquella persona mayor que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva

fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria”⁴⁷.

La hipertensión también conocida como “tensión arterial alta o elevada”, es un “trastorno” en el que los vasos sanguíneos presentan una tensión persistentemente elevada, lo que consigue dañar a los vasos sanguíneos; es una de las enfermedades que está presente el adulto mayor, para ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) define: “la hipertensión arterial a la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón, se caracteriza cuando la presión arterial (sistólica es mayor de 140 mmHg) o (diastólica mayor de 90 mmHg),”⁴⁸. Por otro lado también, la Organización Mundial de Salud (OMS) define “a la diabetes como aquella alteración del estado de salud grave esto ocurre cuando el páncreas no fabrica la cantidad suficiente de insulina necesaria o cuando el sistema no utiliza eficazmente la insulina que fabrica”⁴⁹. Asimismo señala que “la insulina es aquella hormona que mantiene la glucosa en sangre, cuando no se llega a controlar se produce la hiperglucemia, a medida que desarrolla afecta gravemente a órganos y sistemas en el ser humano”⁴⁹.

Obesidad y sobrepeso

Según Troncoso C. en su artículo sobre la alimentación del adulto mayor sostiene: “Es acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud, siendo responsable de muchas enfermedades relacionadas con ella como la diabetes mellitus, hipertensión arterial o el hipercolesterolemia”⁴⁰. De tal manera el origen principal del “sobrepeso y la obesidad” es un desequilibrio energético entre calorías ingeridas y usadas, de tal modo, es causado por el consumo excesivo de alimentos hipercalóricos ricos en (grasa, azúcar y sal) y por consumo insuficiente de vitamina, minerales, añadiéndose la escasa actividad física, evidenciándose una vida sedentaria o de las condiciones que se presentan en el entorno ⁵⁰.

Ley del adulto mayor

La Ley N° 30490, “Ley de la Persona Adulta Mayor”, establece el marco normativo que garantiza los mecanismos legales para el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación; la Ley N° 30490 se orienta hacia un enfoque integral del envejecimiento, así como a la “promoción y protección” de los derechos de las personas adultas mayores, que permitan al adulto mayor a mantenerse en actividad y con capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas; asimismo, tiene un enfoque gerontológico, en el que las personas adultas mayores continúan siendo sujetos activos, participativos en el ámbito de la toma de decisiones.

Art. 5 derechos que tiene la persona adulta mayor

- a) “Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable”.
- b) “La no discriminación por razones de edad y a no ser sujeto de imagen peyorativa”.
- c) “La igualdad de oportunidades”.
- d) “Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades”.
- e) “Vivir en familia y envejecer en el hogar y en comunidad”.
- f) “Una vida sin ningún tipo de violencia”.
- g) “Acceder a programas de educación y capacitación”.
- h) “Participar activamente en las esferas social, laboral, económica, cultural y política del país”.
- i) “Atención preferente en todos los servicios brindados en establecimientos públicos y privados”.
- j) “Información adecuada y oportuna en todos los trámites que realice”.
- k) “Realizar labores o tareas acordes a su capacidad física o intelectual”.

- l) “Brindar su consentimiento previo e informado en todos los aspectos de su vida”.
- m) “Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud por parte del personal de salud, a través de una escucha activa, proactiva y empática, que le permita expresar sus necesidades e inquietudes”.
- n) “Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad”.
- o) “Acceso a la justicia”.

Art. 7. Deberes de la familia

7.1 El cónyuge, los hijos, los nietos, los hermanos y los padres de la persona adulta mayor, de los mencionados que constan con la capacidad de ejercicio, tienen el deber de:

- a) “Velar por su integridad física, mental y emocional”.
- b) “Satisfacer sus necesidades básicas de salud, vivienda, alimentación, recreación y seguridad”.
- c) “Visitarlo periódicamente”.
- d) “Brindarle los cuidados que requiera de acuerdo a sus necesidades”.

7.2 los integrantes de la familia deben procurar que la persona adulta mayor se mantenga dentro del entorno familiar y en comunidad.

Art. 8. Deberes del Estado

El Estado “establece, promueve y ejecuta” las medidas administrativas, legislativas, jurisdiccionales y de cualquier otra índole, necesarias para “promover y proteger el pleno ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor”, con especial atención de aquella que se muestran en condición de riesgo.

Art. 9. Servicios

Los servicios prestados por “entidades públicas o privadas” que se le otorga a favor de la persona adulta mayor, están orientados a “promover su autonomía e independencia” con el fin de mejorar su calidad de vida y preservar su salud.

Art. 27. Promoción del buen trato

El Estado, en sus 3 niveles de gobierno, orientada hacia el buen trato a favor de la persona adulta mayor a través de acciones dirigidas a “promover y proteger sus derechos fundamentales”, priorizando el respeto por su (dignidad, independencia, autonomía, cuidado y no discriminación).

Art. 28. Violencia contra la persona adulta mayor

Se considera “violencia” contra la persona adulta mayor cualquier “conducta única o repetida”, sea por acción u omisión, que le cause daño de cualquier naturaleza o que vulnere el “goce e ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales”, independientemente de que ocurra en una relación de confianza.

Art. 29. Tipos de violencia contra la persona adulta mayor

Los tipos de violencia contra la persona adulta mayor son:

- a) “Violencia física”.
- b) “Violencia sexual”.
- c) “Violencia psicológica”.
- d) “Violencia patrimonial o económica”.
- e) “Violencia a través de todo tipo de abandono, ya sea en la calle, en el hogar, en centros de salud, en establecimientos penitenciarios o en cualquier otra situación o circunstancia que precise el reglamento” ⁵¹.

Rol del enfermero frente al adulto mayor

Los cuidados de Enfermería, en este caso gerontológicos, promueven la salud y previene la enfermedad, esto establece en la persona mayor y su entorno circunstancias que le permite incrementar la satisfacción con la vida, reducir y establecer las pérdidas de salud y las condiciones relacionadas con la edad, facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que suceden en esta etapa de vida. Teniendo en cuenta a Callista Roy promover la adaptación. Teniendo una amplia variedad de escenarios que se extiende desde la comunidad hasta los institutos de más alta complejidad.

El profesional de enfermería desempeña las siguientes actividades: educación, cuidados o asistencia directa; administrativa y de supervisión. Teniendo en cuenta las características y problemática que tiene cada persona especialmente los adultos mayores, quienes son más susceptibles a los cambios físicos, psicológicos y también sociales, considerando una problemática mayor si son adultos mayores de una zona rural que tienen sus propias creencias y son muy reservados al momento de exponer su problema. Es por eso que los cuidados que brinda Enfermería son indispensables, enfocados en un área específica que “promuevan y contribuyan con la adaptación y con los estilos de vida del adulto mayor ayudando en la satisfacción vital. Para su desarrollo exitoso, se necesita que el equipo esté capacitado para evaluar la “salud física, psicológica y social” de la persona adulta mayor y su grupo familiar, utilizando la “entrevista, observación y el examen físico”.

La enfermera en muchas ocasiones es la única profesional que se encuentra en los centros y puestos de salud de las zonas más alejadas de nuestro país, lugares donde ponen en práctica sus experiencias y conocimientos para brindar un cuidado humanizado dirigido al adulto mayor teniendo en cuenta que son personas muy vulnerables a los cambios y con culturas muy propias de su región que en ocasiones dificulta el trabajo.

Teniendo en cuenta que la vejez es considerada como la fase de declive; uno de los aportes de enfermería tiene una visión dirigida a mejorar la satisfacción del adulto mayor, de esta manera tener una vejez digna y más llevadera ⁵².

TEORÍA DE ENFERMERÍA

Callista Roy en su teoría (Modelo de adaptación); la teoría se inicia de la experiencia personal y profesional de Roy como enfermera pediátrica, al observar la facilidad que tienen los niños al adaptarse a los cambios, de la misma forma influye en Roy las creencias con relación al ser humano y la motivación de Dorothy Johnson “autora del modelo de sistemas conductuales”. Conformado por 5 elementos esenciales:

Persona: Consiste en ser adaptable a través de procesos de aprendizaje alcanzados mucho tiempo atrás. Paciente es la persona que recibe los cuidados, para el estudio sería el adulto mayor zona rural.

Meta: Consiste en que el individuo se adapte al cambio, el envejecimiento es un proceso de adaptación al cual el adulto mayor tiene que adecuarse para experimentar satisfacción con la vida.

Salud: Es el proceso por el cual una persona está integrada de manera total, la capacidad de cada persona para adaptarse a los diferentes estímulos del entorno, en caso del adulto mayor requieren mantenerse integrados de manera individual y colectiva para el logro de una salud óptima.

Ambiente y Entorno: Son todas las situaciones y costumbres que rodean y determinan el comportamiento del individuo al adaptarse, en base a su sistema adaptativo. Este se diferencia del entorno por considerar sus experiencias interpersonales. El adulto mayor se encuentra en un entorno intergeneracional que lo confronta continuamente con su grupo familiar y social.

Enfermería: profesional del cuidado que promueve la adaptación de las personas, que busca mantener la integridad y la dignidad. Se encarga de promover, mantener y mejorar la salud, calidad de vida y el apoyo de una muerte digna.

Los modos de afrontamiento y modelos de adaptación van a depender de tres tipos de estímulo:

1° Focales: Los que afectan de manera inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

2° Contextuales: Son los que contribuyen al efecto del estímulo focal, pueden mejorar o disminuir la adaptación.

3° Residuales: consiste en los factores ambientales dentro y fuera del sistema adaptativo de creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación actual.

Dentro de este punto considera Roy que las personas tienen 4 formas de adaptación:

1° Necesidades fisiológicas básicas: Consiste a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

2° Autoimagen: consiste en el yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

3° Dominio de un rol o papel: Consiste en que, cada persona desempeña un papel distinto en la sociedad, según su situación madre, niño, padre, enfermo, jubilado.

4° Interdependencia: consiste en la autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su ambiente, ejerciendo y recibiendo influencias⁵³.

II.c HIPÓTESIS

H.C.1. HIPÓTESIS GLOBAL

Las condiciones socio familiares existe problema social y la salud nutricional es de riesgo alto en los adultos mayores del Barrio San Benito Grocio Prado.

H.C.2. HIPÓTESIS DERIVADAS

H.i: Las condiciones socio familiares según sus dimensiones; situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social, existe problema social en los adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado marzo 2019.

H.ii: La salud nutricional según su dimensión: cribado nutricional, es un riesgo alto en los adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado marzo 2019.

II. d. VARIABLES

V1. Condiciones socio familiares en los adultos mayores (independiente)

V2. Salud nutricional en los adultos mayores (dependiente)

II.e DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Condiciones socio familiares: Son características centradas en la familia, entorno social, vivienda donde habitan los integrantes (relaciones sociales

y redes de apoyo y en el ámbito económico), necesarios para el bienestar de las personas.

Salud nutricional: Es el resultado del equilibrio entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales

Adulto mayor: Son todas las personas mayores de 65 años en países desarrollados; sin embargo para países subdesarrollados considera a partir de 60 años. También estas personas pueden ser llamadas de la tercera edad.

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

Es de enfoque cuantitativo porque los resultados se van a expresar de forma numérica; presentada en forma gráfica mediante el uso de frecuencia y porcentajes.

Según Hernández R, en el año (2014), señala que: “en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza”⁵⁴.

Asimismo sostiene que: “los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”⁵⁴.

De acuerdo al tipo descriptivo describe que: “consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc, y proporcionar su descripción”⁵⁴.

De acuerdo a su alcance es descriptivo, porque caracteriza las variables de estudio tal como se observan en la realidad.

De acuerdo su diseño es no experimental, porque no manipula ninguna de sus variables.

De acuerdo al intervalo de ocurrencia es transversal, porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Barrio San Benito del distrito de Grocio Prado, antiguamente llamado Punta de Ñoco, después del terremoto que sucedió el 15 de agosto 2007. Se encuentra localizado en la provincia de Chincha, con una superficie de 190.53 Km²), su capital es “San Pedro”, creado con dispositivo legal DL. 10044 del 07 de diciembre de 1944. Situado geográficamente con una altitud 90 msnm, latitud sur 13°23´42”, longitud Oeste 76°09´09” dividida en zona urbana las cuales son: (Saravia, El Carrizo, Media Luna, Salto de la Liza, El Porvenir, El Trébol y Balconcito) y zona rural las cuales son: (Fundo Amarillo, Nuevo Ayacucho, Fundo Colorado, Topara, Totoritas, Villa del Mar, Hawái, Laterales del 07 al 14).

III.c. POBLACIÓN – MUESTRA

La población de estudio fue de 50 adultos mayores que viven en el barrio San Benito de Grocio Prado. La muestra se obtuvo por muestreo no probabilística por lo que se estuvo constituida por la totalidad del universo que accedieron a participar voluntariamente en el estudio tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se tomará a todos los adultos mayores de 60 años.
- Se tomará de ambos sexos.
- Adultos mayores que accedan a participar de la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que no pertenezcan a la jurisdicción del barrio San Benito.

- Personas que se niega a participar de la investigación.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica empleada fue una entrevista y el instrumento fue un cuestionario para ambas variables, el cuestionario consistía en: datos generales de la persona en (4) ítems; los instrumentos son validados como siguen:

En las condiciones socio familiares se tomará en cuenta “la escala de valoración socio familiar de Gijón”; la valoración de riesgo socio familiar que cuenta con 5 ítems: situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social, contiene 5 categorías en cada una de ellos; (1) buena; (2) y (3) existe riesgo social; (4) y (5) existe problema social. Para la puntuación global será de (5 a 9 puntos):” Buena/aceptable situación social”; (de 10 a 14 puntos): “Existe riesgo social”; y si es más de (15 puntos): “Existe problema social”. Cuyas respuestas son politómicas: Porque se presenta varias alternativas.

Para la salud nutricional se tomará en cuenta la escala de valoración nutricional screening iniciativa - conozca su salud nutricional de valoración de detección del riesgo de malnutrición que consta (10) ítems; obteniéndose una puntuación de bueno de 0 a 2 puntos; riesgo moderado de 3 a 5 puntos; riesgo alto de 6 a más. Cuyas respuestas son dicotómicas: SI, NO.

El instrumento fue sometido a juicio de expertos y su validez demostró por la prueba binomial $p \leq 0.05$ y la confiabilidad se realizó a través de una prueba piloto en una población que tuvo las mismas características de la población de estudio y siendo demostrado a través del coeficiente alfa de Crombach (0.73) para la primera variable y para la segunda variable su coeficiente alfa de Crombach (0.78).

III. e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se presentó una solicitud de la “Universidad San Juan Bautista” dirigida al presidente comunal del “Barrio San Benito de Grocio Prado”, pidiendo las facilidades para la recolección de datos y autorización para la investigación.

La información fue recolectada de lunes a sábados por las tardes de 3 pm a 5 pm; en el cual se realizó visitas domiciliarias.

Antes de iniciar la recolección de datos se les explicó a los colaboradores sobre los objetivos del estudio dándoles a conocer las instrucciones del instrumento; asimismo cualquier duda que tuviera ante la solución del mismo sería resuelta por el investigador, dicho instrumento fue desarrollado en forma anónima respetando en todo momento su confidencialidad.

El respeto por la dignidad de las personas es un derecho que cada persona posee como un ser humano asegurando un trato digno a los participantes.

La investigación se realizó teniendo en cuenta los principios éticos como la autonomía, el cual determina en respetar la decisión del participante si desea ser parte de la investigación dándoles a conocer lo que desea acerca de la investigación a realizar, a la misma vez el participante puede retirarse por su propia voluntad si lo desea.

Otro de los principios la justicia, en este principio se considera a la persona sin discriminación por sexo, raza, ideología e edad. se lograra este principio siempre y cuando a la persona se le brinde el trato merecido o justo sin negarles información; de obligarle o exigirle a que participe en la investigación, respetando la decisión de la persona en el momento de aplicar el instrumento de estudio.

La beneficencia corresponde unos de los principios éticos haciendo el bien evitando daño a la sociedad promoviendo así el bienestar de los participantes y sociedad en general, resultados que dará a conocer los

riegos que condicionan al adulto mayor tanto en el entorno familiar como también en su salud nutricional.

De tal modo, se tomó en cuenta el principio de no maleficencia, porque a través de ello, se le tratara a la persona respetando su participación y privacidad teniendo presente la confidencialidad sin discriminación y así evitar daño a la persona y/o familia en el estudio de la investigación.

Es por ello, que se guardará absoluta discreción en la investigación, así como también se reservará el anonimato, respetando la intimidad de cada persona, explicándole que toda información brindada será totalmente confidencial solo para el estudio de investigación de tal forma respetando los derechos y decisiones de cada persona.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información, los datos fueron ingresados a una base de datos mediante el uso de una lista de códigos preparados expresamente por el instrumento de recolección de datos. El análisis se realizó mediante el programa Microsoft Excel versión 2013 o el programa SPSS versión 25.0.

Se calculó la frecuencia y los porcentajes para las variables correspondientes cuyos resultados fueron procesados tomando en cuenta el promedio por dimensiones y de forma global. Así mismo para la presentación final se muestra por tablas y gráficos según los objetivos de estudio, el mismo que permitió analizar e interpretar los datos de forma cuantitativa para ser comparados por los antecedentes y fundamentados por la base teórica para la realizar la discusión respectiva. Para ello se codificó los valores obtenidos en cada respuesta del instrumento, en las cuales para luego ser sumadas para determinar los valores finales.

Para la variable condiciones socios familiares, se usó la escala Likert siendo estos los valores finales. Buena situación, existe riesgo social y existe problema social. Considerando el siguiente puntaje:

Valores finales
- De 15 a más: Existe problema social.
- De 10 a 14: Riesgo social.
- De 5 a 9: Buena situación social.

Para la variable salud nutricional, se usó la escala Likert siendo estos los valores finales. Bueno, riesgo moderado y riesgo alto. Considerando el siguiente puntaje:

Valores finales
- 6 a más Riesgo nutricional alto
- 3-5 Riesgo nutricional moderado
- 0-2 Bueno

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

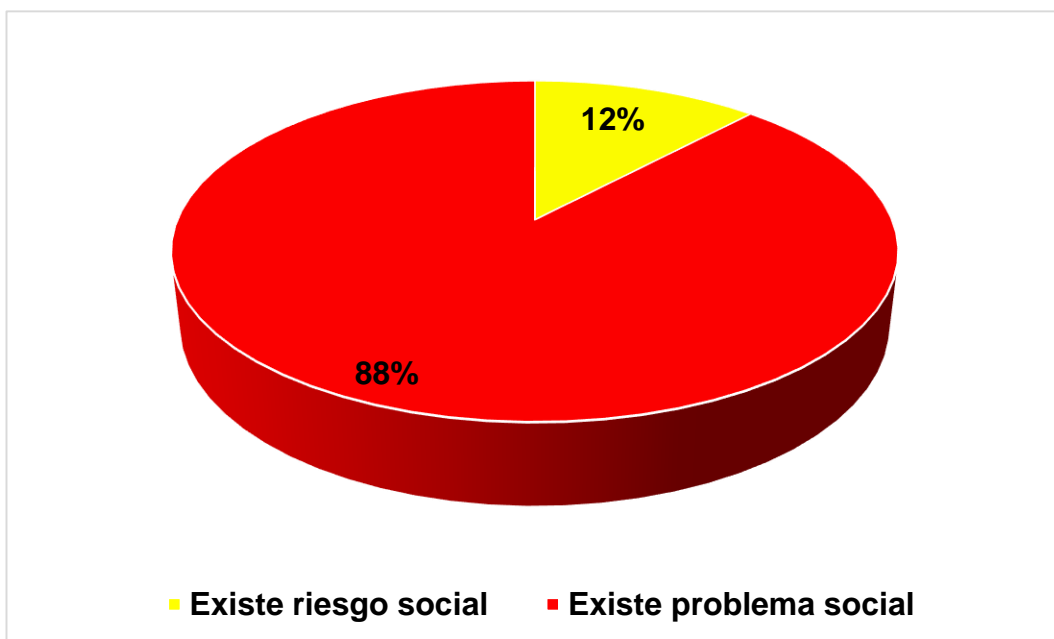
IV.a. RESULTADOS.

TABLA 1
DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO
SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019

CATEGORIA	N= 50	%
Edad		
60-65 años	8	16%
66-71 años	13	26%
72-77 años	14	28%
78 a 82 años	15	30%
Género		
Masculino	21	42%
Femenino	29	58%
Estado civil		
Soltero(a)	5	10%
Casado (a)	31	62%
Viudo (a)	14	28%
Ocupación		
Agricultor (a)	14	28%
Artesano (a)	16	32%
No trabaja	20	40%

Se observa dentro de los datos generales; en relación a la edad: El 30% (15) son de 78 a 82 años; el 58% (29) son de sexo femenino; el estado civil fue casado en el 62%(31); y de los investigados el 40% (20) no trabajan.

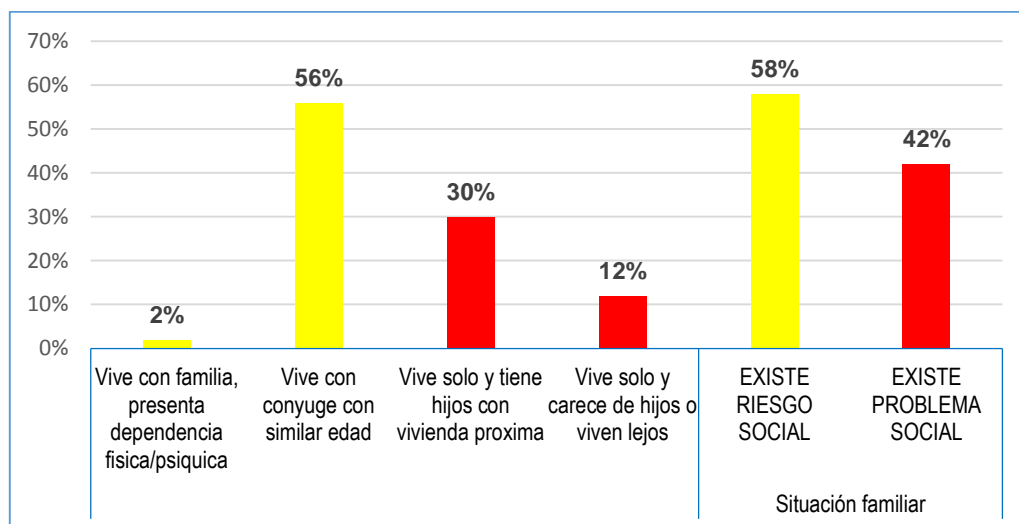
GRÁFICO 1
CONDICIONES SOCIO FAMILIARES GLOBAL EN ADULTOS
MAYORES DEL BARRIO SAN BENITO GROCIO
PRADO CHINCHA
MARZO 2019



Los resultados en cuanto a las condiciones socio familiares del adulto mayor, se encontró que el 88% (44) presenta problema social y el 12%(6) tienen riesgo social.

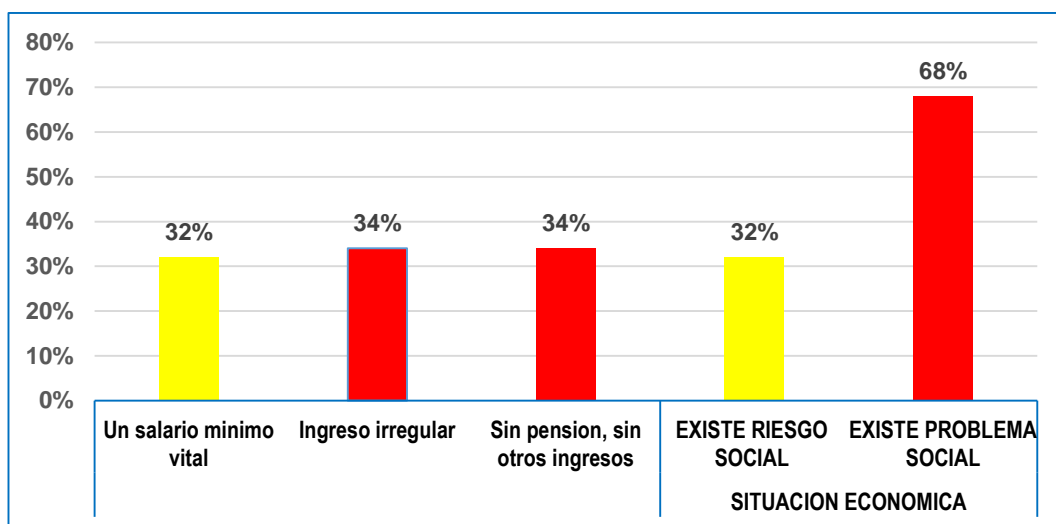
GRÁFICO 2

CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN SU DIMENSIÓN: SITUACIÓN FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA MARZO 2019



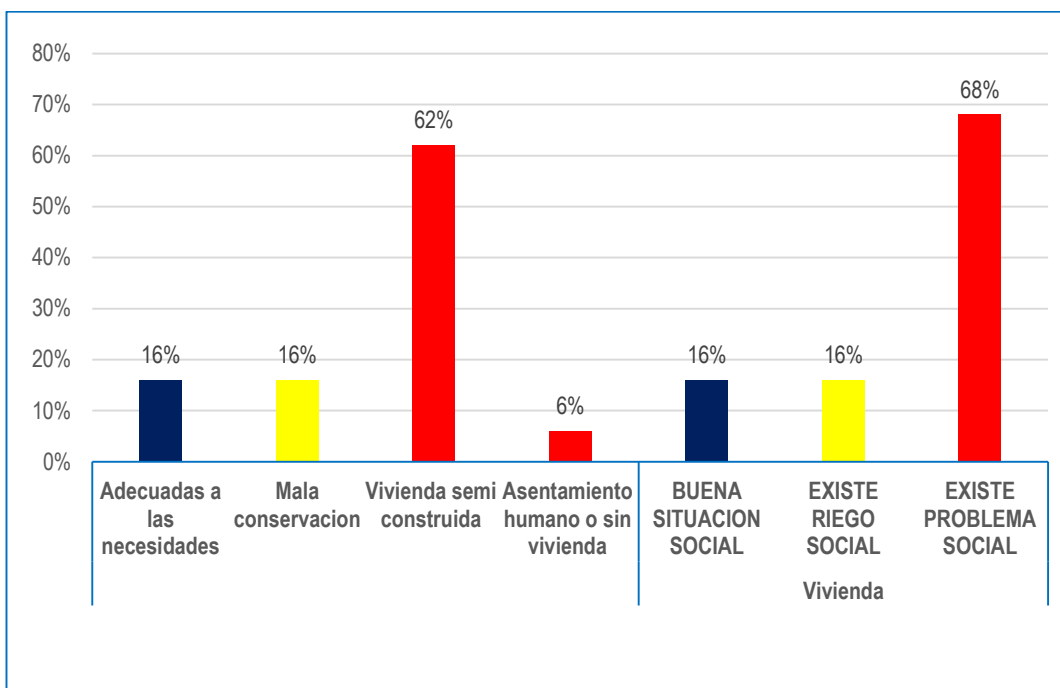
Dentro de las condiciones socio familiares según dimensión situación familiar se obtuvo que el 58% (29) existe riesgo social y el 42% (21) existe problema social; identificándose que el 56% (28) vive con cónyuge con similar edad; el 30% (15) vive solo y tiene hijos con vivienda próxima; el 12% (6) vive solo y carece de hijos o viven lejos y el 2% (1) vive con familia y presenta dependencia física/psíquica.

GRÁFICO 3
CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN SU DIMENSIÓN:
SITUACIÓN ECONÓMICA EN ADULTOS MAYORES DEL
BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019



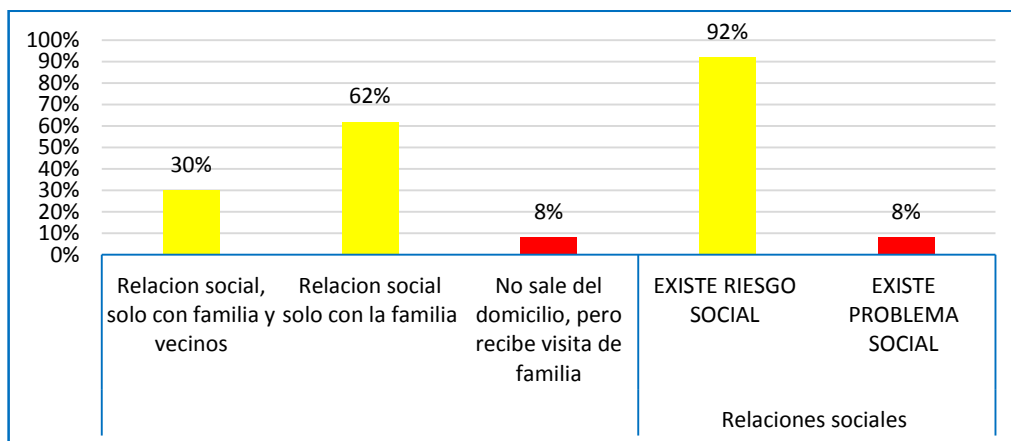
Dentro de las condiciones socio familiares según dimensión situación económica se obtuvo que el 68% (42) existe problema social y el 32% (16) existe riesgo social identificándose que el 34% (17) cuenta con un ingreso irregular, el 34% (17) no cuenta con pensión sin otros ingresos y el 32% (16) tienen un salario mínimo vital.

GRÁFICO 4
CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN SU DIMENSIÓN:
VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN
BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019



Dentro de las condiciones socio familiares según dimensión vivienda se obtuvo que el 68% (34) existe problema social, el 16% (8) existe riesgo social y el 16% (8) tiene una buena situación social, identificándose que el 62% (31) tienen una vivienda semi construida, el 16% (8) tienen una vivienda adecuada a las necesidades, el 16% (8) una vivienda con mala conservación y el 6%(3) viven en asentamiento humano o sin vivienda.

GRÁFICO 5
CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN:
RELACIONES SOCIALES EN ADULTOS MAYORES DEL
BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019

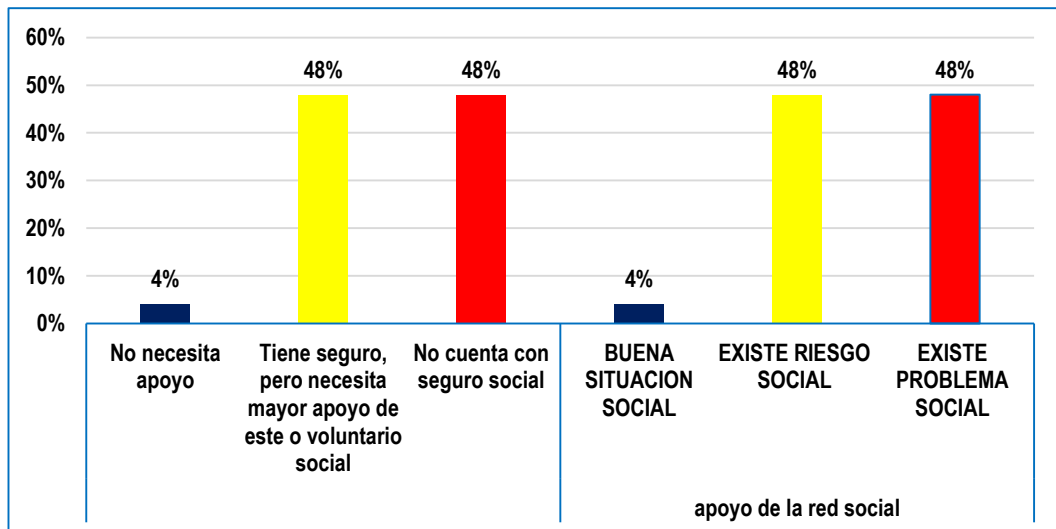


Dentro de las condiciones socio familiares según dimensión relaciones sociales se encontró que existe riesgo social en el 92% (46) y el 8 % (4) existe problema social identificándose que el 62% (31) tienen relación social solo con la familia, el 30% (15) tienen relación social solo con la familia y vecinos y el 8% (4) no sale del domicilio, pero recibe visita de familia.

GRÁFICO 6

CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN SU DIMENSIÓN: APOYO DE LA RED SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA

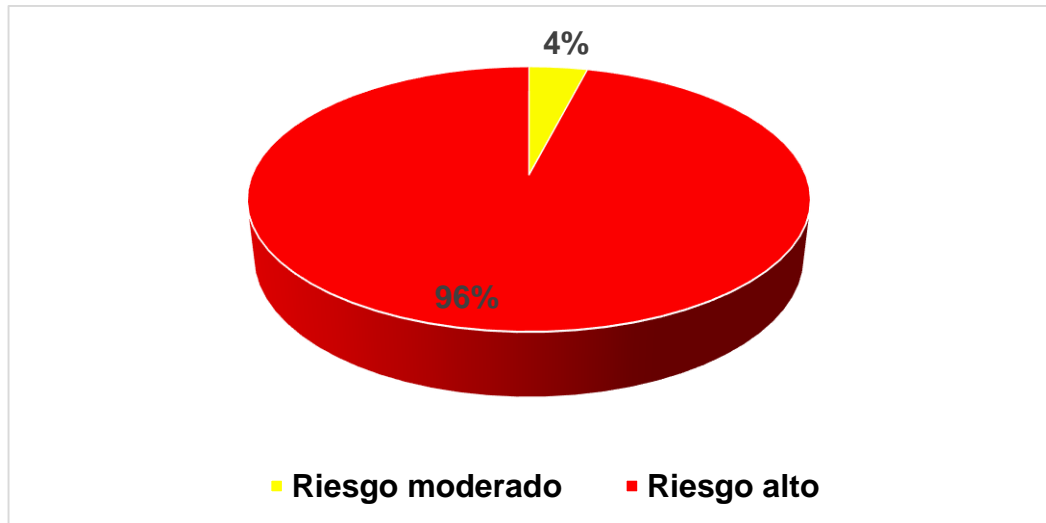
MARZO 2019



Dentro de las condiciones socio familiares según dimensión apoyo de la red social se obtuvo que el 48% (24) existe problema social, el 48% (24) existe riesgo social y el 4% buena situación social, identificándose que el 48% (24) tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social, el 48% (24) no cuenta con seguro social y el 4% no necesita apoyo.

GRÁFICO 7

SALUD NUTRICIONAL GLOBAL EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA MARZO 2019



Los resultados en cuanto a la salud nutricional global del adulto mayor, se encontró que el 96%(46) presentan un riesgo nutricional alto y el 4%(2) tienen un riesgo nutricional moderado.

IV.b. Discusión

Con respecto a los datos generales (Tabla 1); en relación a la edad el 30% son de 78 a 82 años; el 58% son de sexo femenino; el 62% son casados; y de los investigados el 40% no trabaja. Resultado con cierta similitud al estudio de Maldonado E.¹⁵ en donde se predominó que el 42% tenía más de 78 años; el 58% fue de sexo femenino; el 48% son casados y el 72% no trabaja. En ambos estudios la mayoría de las personas adultas mayores muestran características similares en esta etapa de vida. Según el autor Guaicha en su estudio afirma al contar con el sostén de la pareja, de un familiar, amigo o vecino constituye en sí un elemento benefactor dentro del entorno del adulto mayor. El estado conyugal reduce el impacto de soledad, asimismo, contar con redes de apoyo se relaciona con un mejor funcionamiento familiar, que aquellas que no cuentan con el apoyo. Según Zapata citado por Guaicha menciona “el hecho de ser casados crea una fortaleza afectiva, al contrario aquellos que son solteros, viudos o separados trae consigo un debilitamiento de las redes sociales con el riesgo de mostrar depresión y ansiedad”¹². De esta manera, la edad, el sexo, estado civil y ocupación de los adultos mayores son indicadores que demuestran la situación en la que se encuentra y pueda valerse como precedentes para inicio de otros factores perjudiciales a la salud del adulto mayor. Dado esto, tanto hombres y mujeres en esta etapa de vida son vulnerables ante la familia y comunidad; por lo tanto, en la actualidad los adultos mayores llegan a ser abandonados por sus familiares para después enviarlos a una residencia pública o privada, lo que origina en el individuo una inadecuada calidad de vida. Por ende, para enfermería es importante valorar ciertos aspectos que ayuden a mejorar la calidad de vida de la persona adulta mayor. Sin embargo, no siempre los familiares están presente para velar los cuidados del mismo. Es ahí el proceso de institucionalización a centros de residencias públicas o privadas presentándose como una alternativa para la mejor condición de vida de la persona adulta mayor.

Con respecto a las condiciones socio familiares del adulto mayor (Gráfico 1), se encontró que el 88% de los adultos mayores presenta problema social y el 12% tienen riesgo social. Resultados que difieren al estudio de Maldonado E.¹⁵ quien en su estudio muestra que el 57% de adultos mayores tiene riesgo social, el 25% evidencian que existe problema social y el 18% tienen buena situación social. Sin embargo, es preciso subrayar que se trata de una población común dispersa de recursos económicos y sociales deficientes. Según Alarcón M y González J. sostienen que la condición socio familiar es una característica “centrada en la familia, en el entorno social como (vivienda, relaciones sociales y redes de apoyo, como también en el ámbito económico)”⁴. Asimismo la bibliografía señala que las condiciones sociofamiliares se adquiere mediante ciertas características o cualidades centradas en la familia o entorno, que se manifiesta a través de la respuesta hacia determinada situación. La condición sociofamiliar en la sociedad es de suma importancia porque en ellos devela la fragilidad y problemas sociales en la que vive llevándolos a una baja autoestima, depresión y malestar emocional. Ciertas condiciones biológicas y sociales en la que vive la persona adulta mayor se considera vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de carencias de recursos personales, económicos, entorno familiar y al acceso de protección por el estado quedándose desprotegidos cuando enfrenta problemas de salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y por consiguiente a la violación de sus derechos de la persona adulta mayor.

Con respecto a las condiciones sociofamiliares según dimensión situación familiar de los adultos mayores (Gráfico 2); se obtuvo que el 58% existe riesgo social y el 42% existe problema social; identificándose que el 56% vive con cónyuge con similar edad; el 30% vive solo y tiene hijos con vivienda próxima; el 12% vive solo y carece de hijos o viven lejos y el 2% vive con familia y presenta dependencia física/psíquica. Resultado similar a la de Maldonado E. ¹⁵ quien en su estudio según la situación familiar el

45% tiene un riesgo social; como también asemejándose a la de Alvarado E, Vélez L. quienes en su estudio el 37% vive con familia sin conflicto familiar, en tanto que el 17% vive solo y carecen de hijos o viven lejos. Y a la de Villarreal G, Month E. quienes en su estudio muestran que el 67,7% de la población presenta riesgo y problema social, mayormente en las féminas, además su funcionalidad está deteriorada en los de mayor edad. La bibliografía señala que la familia es el sostén que facilita el afrontamiento de cada situación ofensiva a su salud, así mismo la armonía que prevalezca en la familia va a repercutir de manera favorable en el adulto mayor, a diferencia de un ambiente familiar hostil y con conflictos. En una situación así genera inquietud y su salud mental se ve afectada al sentirse culpables, se sienten inútiles al no poder intervenir. Por otro lado, el ser responsable del cuidado de un adulto mayor, no solo basta con tenerlos en casa, sino que también es importante satisfacer sus necesidades primarias y secundarias¹⁹. La familia es un recurso importante para el adulto mayor, ya que es una base de apoyo, sin embargo, existen familias que se desintegran por motivos de formación de nuevas familias dejando a sus padres solos. Cabe resaltar que algunos miembros de la familia viven cerca y que a pesar de ello no visitan al adulto mayor y lo dejan desprotegidos de los cuidados. El adulto mayor requiere de un “clima familiar óptimo” donde la unión y el respeto sea los pilares dentro de la familia, por lo que en un ambiente de conflictos repercute en la salud de la persona adulta mayor creando en ellos sentimientos de culpa, al sentirse vulnerables.

Con respecto a las condiciones sociofamiliares según dimensión situación económica de los adultos mayores (Gráfico 3); se obtuvo que el 68% existe un problema social y el 32% existe riesgo social identificándose que el 34% cuenta con un ingreso irregular, el 34% no cuenta con pensión, sin otros ingresos y el 32% tienen un salario mínimo vital. Resultado asemejándose a la de Alvarado E. Vélez L.¹⁶ quien en su estudio muestra que el 57% tiene ingreso menor al mínimo vital y el 25% no cuentan con una pensión. De acuerdo con Thorne A. (2017), en la publicación del “Ministerio de

Economía sobre la situación actual en el Perú”²² existe por lo menos 4 de cada 10 adultos mayores (65 años a más) que no cuentan con ninguna pensión, encontrándose en una situación de desamparo. Es por ello, el ser humano en este proceso constantemente resulta ser afectado, desarrollándose aumento de problemas de salud, deterioro de los modelos familiares y sociales, desempleo, bajos ingresos económicos y disminución de la condición física y mental²³. Al llegar a la etapa adulta mayor son personas en desempleo, llevando a que laboren dependientemente, teniendo un ingreso menor a lo básico o incluso a no depender de una pensión por su trabajo o por no contar con el apoyo del estado como es de una pensión 65. Lo cual de contar con una seguridad económica el adulto mayor logra asegurar su subsistencia real y efectiva, de una forma creativa para sobrevivir en base del empleo, ingresos, seguridad social y las de las públicas con el fin de satisfacer sus necesidades básicas de acuerdo a su calidad de vida y disponer decisiones propias de la persona, así mismo la mejora de su autoestima fruto del desempeño de roles y participación en el entorno social.

Con respecto a las condiciones sociofamiliares según dimensión vivienda de los adultos mayores (Gráfico 4), se obtuvo que el 68% existe problema social; el 16% existe riesgo social y el 16% tiene una buena situación social, identificándose que el 62% tienen una vivienda semi construida, el 16% tienen una vivienda adecuada a las necesidades, el 16% una vivienda con mala conservación, y el 6% viven en algún asentamiento humano o sin vivienda. Resultado similar a la de Maldonado E.¹⁵ quien en su estudio muestra en relación a la vivienda que el 70% existe problema social; y también a la de Alvarado E, Vélez L.¹⁶ quienes en su estudio muestran que el 95% tienen viviendas semi construidas o de material rústico. Según la ONU sostiene que “La vivienda es el espacio fundamental para el desarrollo de la vida de la familia; conforma el escenario para la reproducción social y a su vez satisfacer sus necesidades, determinante de la salud, entorno para la promoción del bienestar y derecho fundamental”²⁴. Dentro de las

condiciones de la vivienda del adulto mayor deben ser adecuadas a sus necesidades muchas veces depende del estado físico de la persona, presentando en ocasiones barreras arquitectónicas que impide a la persona el desplazamiento en el espacio de la vivienda y a su vez de su mala conservación que genere riesgo a su salud; tales como accidentes y enfermedades (depresión, ansiedad, enfermedades respiratorias, etc.). Es importante también que el entorno de la vivienda en la que se encuentra el adulto mayor tenga las adecuadas condiciones ambientales y saneamiento básicos (agua y desagüe) con el fin de evitar enfermedades con el déficit de estas.

Con respecto a las condiciones sociofamiliares en la dimensión relaciones sociales de los adultos mayores (Gráfico 5) se obtuvo que el 92% existe riesgo social y el 8 % existe problema social identificándose que el 62% tienen relación social solo con la familia, el 30% tienen relación social solo con la familia y vecinos y el 8% no sale del domicilio, pero recibe visita de familia. Resultado similar a la de Bautista J.¹³ quien en su estudio muestra el 79% de las personas adultas mayores abandonaron sus actividades e intereses, el 58% prefieren quedarse en casa, el 35% se consideran como una persona inútil, el 50% vive solo, el 100% se deprime mediante la ausencia de sus familiares, el 50% de personas mayores se sienten abandonados. Según Chiavenato citado por Fanarraga sostiene que “las relaciones sociales son aquellas interacciones entre individuos de este modo existe la comunicación, en la cual los individuos intervienen e interactúan en el marco de normas sociales o de conducta dentro de la sociedad, respetando su posición social, actuando en consecuencia”²⁷. La familia es el núcleo de la sociedad por tanto es parte esencial de ella, debe existir una interacción no solo entre la familia sino también con el entorno, esto beneficia a que la persona aprenda a desarrollarse en sociedad basado en principios y valores inculcados a través de la familia. Además, en el entorno intervienen los amigos y vecinos esto las ayuda a sobrellevar la soledad ante la depresión, en etapa de vida las relaciones de amistad

ofrecen un apoyo relevante y significativo para el adulto mayor comparte no solo la edad sino experiencias vividas de intereses comunes, recuerdos mutuos y valores basadas en la comprensión mutua, el respeto y la tolerancia por lo que establecen vínculos de amistad de acompañarse, recrearse, pasear, platicar, bailar, etc.

Con respecto a las condiciones sociofamiliares en la dimensión apoyo de la red social de los adultos mayores (Gráfico 6), se obtuvo que el 48% existe problema social, el 48% que existe riesgo social y el 4% buena situación social, identificándose que el 48% tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social, el 48% no cuenta con seguro social y el 4% no necesita apoyo. Resultado similar a la de Alvarado E, Vélez L.¹⁶ quienes en su estudio muestra que el 57% tienen seguro, pero necesitan más apoyo de éste, encontrando además que el 12% se encuentran en situación de abandono. Según Álvarez M, Bertone C. mencionan que tiene a la familia en primera instancia como el apoyo de la red social, seguida de la integración de la comunidad en las actividades que favorezcan al desenvolvimiento eficaz del adulto mayor en todos los aspectos de la vida. Y a la vez, la participación activa de la sociedad en general que extiende y promueve estrategias y un planeamiento exhaustivo para alcanzar un envejecer saludable con la satisfacción de tener a la disponibilidad todos los recursos esenciales para una vida digna y cómoda. Esto involucra la aceptación, el respeto, una atención integral de salud, la participación del adulto mayor en actividades de recreación, ocio y distracción, entre muchos otros³¹. La red social es una estructura que brinda ayuda ya sea a través de organizaciones o entidades que trabajen a favor del adulto mayor por lo que es importante satisfacer las necesidades no cubiertas de manera informal (familia).

Con respecto, a la salud nutricional del adulto mayor (Gráfico 7), se obtuvo que el 96% presentan un riesgo nutricional alto y el 4% tienen un riesgo nutricional moderado. Resultado que similar al estudio de Chahua F.¹⁴ donde predominó que el 37,5% lleva una vida saludable, nutrición e IMC;

en tanto que el 62,5% lleva una vida no saludable con exposición de riesgo de la salud en el adulto mayor. Según Organización Mundial Salud ³⁴ afirmó que la nutrición es el consumo de alimentos donde el organismo necesita ciertas necesidades dietéticas. De esta manera, dentro los resultados resaltan que los hábitos alimentarios forman parte de los estilos de vida diaria. Según la Organización Mundial de la Salud sostiene que: “se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de esta etapa del adulto mayor, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez”⁴¹. De esta manera, los hábitos alimentarios son adquiridos por la propia persona mediante las conductas del mismo, con fin de tener una salud saludable basándose en el consumo adecuado de nutrientes dentro de los cuales son las vitaminas, los minerales y las proteínas que serán esencial para el funcionamiento normal del organismo con una dieta equilibrada y variada diariamente. La presencia de enfermedades en el adulto mayor forma parte del desequilibrio nutricional por lo que la Organización Mundial de la Salud sostiene que “la salud es el estado de completo de bienestar físico, mental y social de la persona”⁴³. Por lo que la nutrición juega un papel muy importante en el proceso del envejecimiento, por cambios en diferentes órganos y funciones del organismo. He aquí, la importancia de valorar la salud nutricional en este grupo. La salud nutricional de los adultos mayores muestra múltiples factores como “dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos”. De tal forma, la valoración completa de la salud nutricional, debe contener información sobre estas dimensiones. Esto involucra que se debe ser realizada en forma multidisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la causa de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y valorar su efectividad.

. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES.

- Los adultos mayores del barrio san Benito Grocio Prado 2019 tienen condiciones socio familiares donde existe problema social y su salud nutricional es de riesgo alto. Por lo tanto, se acepta la hipótesis.
- En cuanto a las condiciones socio familiares según. Situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado existe problema social. Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada
- En cuanto a salud nutricional en adultos mayores del barrio San Benito Grocio Prado presentan un riesgo alto. Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada.

V.b. RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados de la investigación a la jefatura del centro de salud y municipalidad distrital para llegar a fortalecer las estrategias e intervenciones a mejorar la condición sociofamiliar y salud nutricional de los adultos mayores en el Barrio San Benito de Grocio Prado.
- Las instituciones, municipalidad y centro de salud deben actuar creando programas que revaloren la importancia de las personas adultas mayores dentro de la sociedad, lo cual es fundamental de esta manera se fortalecerán las estructuras familiares.
- Coordinar con autoridades o personal de salud encargado con el fin de aplicar medidas de promoción y prevención de la salud nutricional que debe ingerir y llevar el Adulto Mayor, esta debe ser mejorada con la asesoría de la enfermera y/o nutricionista de una forma de seguimiento de rutina, considerando el alto riesgo nutricional de los adultos mayores del presente estudio.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud, envejecimiento y salud, Washington [En línea] 2015; [Consultado el 10 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
2. Abades M. y Rayón E. El envejecimiento en España, Barcelona 2012. [Artículo]. [Consultado el 25 de setiembre del 2019]: 23(4); 1- 15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>
3. Universidad de la Sabana. La sociedad para los adultos mayores, Colombia 2017. [Artículo]. [Consultado el 25 de setiembre del 2019]. Disponible https://www.unisabana.edu.co/campus/noticia/?tx_news_pi1%5Bnews%5D=14214&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=e5cb366a6a2c4ba7635598ff021f7631.
4. Villarreal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años, salud uninorte, Barraquilla Colombia 2015 [internet]; [Consultado el 10 febrero 2019]; 28(1):1-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>
5. Instituto nacional de estadística e informática, situación del adulto mayor en el Perú. 2018; (sede web) [fecha de acceso el 10 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe › boletines › ninez-y-adulto-mayor>
6. Instituto nacional de estadística e informática (INEI). Situación de la Población Adulta Mayor. Perú 2017. [informe] [Consultado el 10 de enero del 2018]. Disponible: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2017.pdf
7. Instituto nacional de estadística e informática (INEI), situación de la población adulta mayor. Perú 2016 [informe] [consultado el 12 de enero del

- 2018]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-jul-ago-set-2016.pdf
8. Choy M. Desafío del adulto mayor en el Perú, la República (en línea). [consultado el 15 de marzo 2019]. Disponible en:
<http://larepublica.pe/imprensa/mundo/709579-cuando-llegar-seradultomayor-se-convierte-en-undesafio-en-el>
9. Tarqui C, Álvarez D, Espinoza P, Gómez G. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano 2014. Rev. Peru. med. exp. [internet] [Consultado el 10 febrero 2019]; 31(3):3. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300009
10. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PAM) [sede web] Perú 2015. [fecha de acceso el 14 de marzo 2019]. Disponible en:
<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/lca2.html>
11. Elguera J. Hábitos alimentarios y estado nutricional en los adultos mayores en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez Ica. [tesis de licenciatura] Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2015. Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1292>
12. Guaicha E. en el año 2017, situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familia [tesis de especialidad]. Ecuador: Universidad nacional Loja; 2017. Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18272/1/SITUACION%20SOCIO%20FAMILIAR%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20EN%20LA%20ZONA%207.%202016.pdf>

13. Bautista J. Depresión en el adulto mayor por abandono familiar, España 2016. [Tesis posgrado]. [Consultado el 03 octubre 2019]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/22/depresion.pdf>
14. Chahua F. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. Cooperativa Huancaray, [tesis de licenciatura] Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/18968alicia>
15. Maldonado E. la valoración mental y sociofamiliar en los habitantes adultos mayores del centro poblado el guayabo, san Joaquín Ica – enero 2017. [tesis licenciatura]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. Disponible en: <https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ.../Details>
16. Alvarado E, Vélez L. Condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario Pimentel. [tesis de licenciatura]. Áncash- Perú: Universidad Señor Sipan; 2016. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/725/alvarado%20y;jsessionid=6D2E40D08AEF06F500C9A6695B64137F?sequence=1>
17. Varela L, Chávez H, Tello T, Ortiz P, Gálvez M, Casas P. perfil clínico, funcional y socio familiar del adulto mayor Lima; Rev. Peru. med. exp. [internet]. [Consultado el 10 febrero 2019] 2015: 32(4):2-10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400012
18. Mendoza W. Envejecimientos, familias y cuidados. [Consultado el 10 febrero 2019]. Perú 2012. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/2012-3.pdf>
19. Agostino F. Filosofía de la familia, editorial Rialp S.A.C 2006, Madrid España; Página: 12,30. Disponible en: https://www.rialp.com/libro/filosofia-de-la-familia_92110/
20. Castillo S, Rojas J. Estudio de familia. [diapositivas]. Panamá. 2017. 42

diapositivas. Disponible en: <https://es.slideshare.net/scastillovega/estudio-de-familia>

21. Fabra A. Situación económica. Un Como, Perú: 2017, enero 16. Sección A.p.2. Disponible en: <https://negocios.uncomo.com/articulo/diferencia-entre-situacion-economica-y-situacion-financiera-27003.html>
22. Thorne A. Plan de cobertura universal de salud y de protección previsional. Perú21, Perú 2017, abril 27 sección A.p.1. Disponible en: <https://peru21.pe/economia/40-mayores-65-anos-recibe-pension-asegura-ministro-thorne-74187>
23. Priego H, Cruz N. Situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria. [sede web]. 2008 [consultado el 10 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5305284.pdf>
24. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales .1966 [sitio web] [consultado en 15 febrero del 2017] disponible en: <https://www.ohchr.org/sP/Professionalinterest/Pages/cescr.aspx>
25. Organización Mundial de la Salud. Agua, saneamiento básico e higiene. 2017[En línea]. [consultado en 03 febrero del 2017] Disponible en: https://www.who.int/water_sanitation_health/sanitation-waste/es/
26. Castaño Y, Atehortua S, López Y. Condiciones sociales, habitacionales y morbilidad que residen en viviendas de interés social en Turbo, Antioquia Colombia; Rev. Cienc. salud. [internet]. 2018; [Consultado el 28 febrero 2019]. 16(2):237-261 2018. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56255527005/index.html>
27. Fanarraga Y. Relaciones sociales [tesis de licenciatura] Universidad Privada San Juan Bautista; 2016, disponible en:

.<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1231/T-TPLE-Yoselin%20Lisbet%20Fanarraga%20Ronceros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

28. Moratto N, Zapata J, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar. Colombia. Revista CES Psicología. [internet]. [Consultado el 2 julio-diciembre 2015]. 8(2) .3-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>
29. Espinoza S. relaciones interpersonales del profesional de enfermería del hospital arzobispo Loayza servicio de cirugía. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, 2017. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1363/T-TPLE-Sabina%20Libia%20Espinoza%20Hidalgo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Cervantes E. Red de apoyo social en adultos mayores, [internet] 2003; [consultado el 16 febrero 2019]. Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvm.pdf
31. Álvarez M, Bertone C. Apoyo socio familiar y satisfacción con la vida del adulto mayor. Villa María- Villa Nueva 2008-09. Argentina [tesis de licenciatura] Academia 2009. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-058/72.pdf>
32. Arias C. Red de apoyo social en la vejez. Revista de Psicología da IMED, Argentina [internet] 2009 [Consultado el 2 marzo 2019]. 1(1). 147-158. 2009. Disponible en: <file:///C:/Users/WALTER/Downloads/DialnetLaRedDeApoyoSocialEnLaVejezAportesParaSuEvaluacion-5154987.pdf>
33. Ugarte O. Aseguramiento universal en salud en el Perú. Rev Peru Med Exp. [internet]. 2019; [Consultado el 10 febrero 2019] 26(2): 133. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a01v26n2>

34. Organización Mundial de la Salud. Salud nutricional. [línea]. 2017. [consultado en 13 febrero del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>
35. Figueroa D. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria en Brasil [internet]. 2004. [consultado en febrero del 2019]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2004.v6n2/140-155/>
36. Varela P. Nutrición en el Adulto Mayor. Rev Med Hered. 2013; 24:183-185. [internet]. Lima. [consultado en marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3e1.pdf>
37. Álvarez J; Gonzalo I; Rodríguez T. Envejecimiento y nutrición hospitalaria, vol. 4, núm. 3, mayo, 2011, pp. 3-14. [internet]. Madrid. España. [consultado en marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226782001.pdf>
38. Ocón J, Trallero A, Aguillo E. Comparación de 2 herramientas de cribado nutricional con complicaciones en pacientes hospitalizados. Madrid. [internet]. 2012. [consultado en abril de 2019]. Nutr. Hospi. Vol (27) n.3. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000300004
39. Orozco R; Molina R. Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor. Costa Rica. [internet]. 2002. [consultado en marzo del 2019]. Inter Sedes: Revista de las Sedes Regionales, vol. (III), núm. 4, 2002, pp. (63-71). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66630407>
40. Troncoso C. alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. Chile. [internet]. 2017, [Consultado en julio 2017]. horiz. med. 17(3); 10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300010

41. Organización Mundial de la Salud. Estilo de vida. [línea]. 2012. [consultado en 13 febrero del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
42. Valenzuela R. Estilos de vida y las enfermedades crónicas prevalentes en los adultos mayores de la comunidad el Trébol Pueblo Nuevo. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, 2017. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1360>
43. Aliaga E. Cuba S., Marmeza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida [internet]. 2016. [consultado el 29 de marzo del 2019]; rev. Peru.med.exp. 33(2):12pp Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200017
44. Gálvez N. Condición nutricional y socio familiar que acude al programa del adulto mayor del centro de salud toribia castro de Lambayeque. 2016. [tesis de licenciatura] Perú: Universidad Señor de Sipan, 2017. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4198/BERNAL%20SAN%20TAMAR%C3%8DA-%20ESPINOZA%20CORDOVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades. [línea]. [consultado el 15 febrero del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
46. Organización de las Naciones Unidas. Definición del adulto mayor [sede web] 2009 [consultado el 22 de julio del 2019]. Disponible en: <http://recuerdosinlimite.weebly.com/definicion-de-adulto-mayor.htm>
47. El ministerio de salud de Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. [Internet]. 2006. [consultado en 10 febrero del 2019]. Disponible en:

<https://www.minsa.gob.pe> › archivos › Normas Técnicas. Segunda parte

48. Organización Mundial de Salud. Hipertensión arterial [sitio web].2018. [consultado en 1 de octubre del 2019] disponible en: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
49. Organización Mundial de Salud. Diabetes mellitus. [sede Web]. 2015 [consultado el 12 de mayo 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
50. Organización Mundial de Salud. “Obesidad y sobrepeso”. [sede Web]. 2015. [consultado el 12 de mayo 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
51. El peruano. Ley del adulto mayor [sede web]2018. [consultado el 5 de octubre 2019]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe> › adultomayor › archivos › DS_007_2018_MIMP
52. Charlotte E. Enfermería gerontológica. 8va Ed Williams. España; 2014
53. Agostino F. Filosofía de la familia, editorial Rialp S.A.C 2006, Madrid España; Página: 12,30
54. Hernández R. Metodología de la investigación. 6°ed. México: Interamericana editores; [internet]. 2014. [consultado el 2 de junio 2019]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sextaedicion.compressed.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

- Agostino F. Filosofía de la familia, editorial Rialp S.A.C 2006, Madrid España; Página: 12,30
- Buz J. Envejecimiento y soledad: la importancia de los factores sociales. México: Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades; 2011.
- Peña J. Capacidad de autocuidado y apoyo familiar en adultos mayores en el centro poblado Keiko Sofía, Ica junio 2013. Universidad San Juan Bautista; página: 4.
- Álvarez MJ. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Diorki; 1997
- Hernández R. Metodología de investigación. México: JEC-2014
- Ribera J. El adulto mayor como paradigma de discriminación. En: Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 2º edición. Lima; Instituto de Gerontología, UPCH; 2011. pag 145-156.
- Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Documento Técnico de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Dirección de Salud de las Personas. Lima, 2005.
- Plan Nacional para las personas adultas mayores. 2013-2017 Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) Dirección general de la familia y la comunidad. DIPAM.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
Condiciones sociofamiliares	Son características que se centra en la familia, en el entorno social vivienda, relaciones sociales y redes de apoyo y en el ámbito económico, ya que ello determina en gran medida el bienestar o malestar de la persona	Son características adquiridas por los adultos mayores del barrio san Benito acerca de la situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, apoyo de red social los que serán evaluados a través de una encuesta cuyos valores será buena o aceptable, existe riesgo social y existe problema social.	Situación familiar Situación económica Vivienda Relaciones sociales Apoyo de red social	Tipo de familia Etapa de vida de la familia Ingreso económico mensual Condiciones físicas Saneamiento básico Relación familiar Relaciones interpersonales Apoyo familiar Apoyo social Aseguramiento de salud

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
Salud nutricional	Es el resultado del equilibrio entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales	Valorar el estado de nutrición de los adultos mayores del barrio san Benito acerca de su salud nutricional cuyos valores será bueno, riesgo moderado, riesgo alto.	Cribado nutricional	Hábitos alimentarios Presencia de Enfermedades Autonomía



ANEXO 2

Introducción

Tenga Ud. Buen día estimado Sr(a), soy bachiller de la facultad profesional de enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista Filial Chincha, mi nombre es **WALTER FERNANDO OLIVARES MEDINA**, me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: **CONDICIONES SOCIOFAMILIARES Y SALUD NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA MARZO 2019.**

Por lo tanto, necesito su entera colaboración.

II. INDICACIONES: A continuación, se le presentará una entrevista de las cuales deberá responder de acuerdo a la respuesta que considere correcta, así mismo los datos que se obtengan serán de carácter anónimo.

III. DATOS GENERALES

1) EDAD:

- a) 60 - 65 años.
- b) 66 – 71 años.
- c) 72 – 77 años.
- d) 78 a más.

2) SEXO

- a) Masculino
- b) Femenino.

3) ESTADO CIVIL:

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

4) OCUPACIÓN:

- a) Agricultor(a).
- b) Artesano(a).
- c) No trabaja

Escala de condición socio familiar

SITUACIÓN FAMILIAR	SITUACIÓN ECONÓMICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con familia, sin conflicto familiar. 2. Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/ psíquica. 3. Vive con cónyuge con similar edad. 4. Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima. 5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dos veces el salario mínimo vital. 2. Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales. 3. Un salario mínimo vital. 4. Ingreso irregular (menos del mínimo vital). 5. Sin pensión, sin otros ingresos.
VIVIENDA	RELACIONES SOCIALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada a las necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en a vivienda (pisos irregulares, gradas. Puertas estrechas). 3. Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto). 4. Vivienda semi construida o de material rustico. 5. Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantiene relaciones sociales en la comunidad. 2. Relación social, solo con familia y vecinos. 3. Relación social solo con la familia. 4. No sale del domicilio, pero recibe visita de familia. 5. No sale del domicilio y no recibe visitas.
APOYO DE LA RED SOCIAL	VALORACION SOCIO-FAMILIAR
<ol style="list-style-type: none"> 1. No necesita apoyo. 2. Requiere apoyo familiar o vecinal. 3. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social. 4. No cuenta con seguro social 5. Situación de abandono familiar 	<p> <input type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social <input type="checkbox"/> Existe riesgo social <input type="checkbox"/> Existe problema social </p> <p> 5 a 9pts: Buena/aceptable situación social. 10 a 14pts: Existe riesgo social >=15pts: Existe problema social </p>

Escala de salud nutricional

INICIATIVA DE CRIBADO NUTRICIONAL	SI	NO	
HÁBITOS ALIMENTARIOS			
1.- ¿Realiza menos de 2 comidas al día?	3	0	
2.- ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	2	0	
3.- ¿Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día?	2	0	
4.- ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	1	0	
PRESENCIA DE ENFERMEDADES			
5.- ¿Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	2	0	
6.- ¿Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer?	2	0	
7.- ¿Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	1	0	
8.- Sin pretenderlo ¿ha perdido o ganado 5 kg en los últimos 6 meses?	2	0	
AUTONOMIA			
9.- ¿En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	4	0	TOTAL
10.- En ocasiones ¿es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	2	0	

0-2: Bueno

3-5: Riesgo moderado

6 a más riesgo alto

ANEXO 3
VALIDEZ DEL INSTRUMENTOS
PRUEBA BINOMIAL DE CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUICIO DE
EXPERTOS

Nº DE ITEM	JUECES EXPERTOS					VALORES EN LA TABLA
	I JUEZ	II JUEZ	III JUEZ	IV JUEZ	V JUEZ	
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	1	0.031
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031

Total: 0.217

Se ha considerado:

- 0 = Si la respuesta es negativa.
- 1 = Si la respuesta es positiva.
- N = Número de Jueces Expertos.

$$P = \frac{\sum p}{N^{\circ} \text{ de items}} = 0.217/7 = 0,031$$

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

ANEXO 4

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH PARA LA PRIMERA VARIABLE

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[\frac{1 - \sum S^2_i}{S^2_T} \right]$$

Donde:

K : Número de ítems

$\sum S^2_i$: Sumatoria de las Varianzas de los ítems

S^2_T : Varianza de toda la dimensión.

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

$$\frac{25}{25-1} \left(\frac{1 - 80.11}{46.81} \right)$$

$$\frac{25}{24} \left(\frac{1 - 80.11}{46.81} \right)$$

$$1.04 (1 - 1.71)$$

$$1.04 (0.71)$$

$$0,73.$$

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

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH PARA LA SEGUNDA VARIABLE

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[\frac{1 - \sum S2i}{S2T} \right]$$

Donde:

K : Número de ítems

$\sum S2i$: Sumatoria de las Varianzas de los ítems

S2T : Varianza de toda la dimensión.

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

$$\frac{10}{10-1} \left(\frac{1 - 80.11}{46.81} \right)$$

$$\frac{10}{9} \left(\frac{1 - 80.11}{46.81} \right)$$

$$1.1 (1 - 1.71)$$

$$1.1 (0.71)$$

$$0,78.$$

Alfa de Cronbach: 0,78.

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

ANEXO 5

Escala de valoración del instrumento

DATOS GENERALES	CATEGORÍA	VALOR
Edad	60 – 65	1
	66 – 71	2
	72 – 77	3
	78 – 82	4
Sexo	Masculino.	1
	Femenino.	2
Estado civil	Soltero(a)	1
	Casado (a)	2
	Conviviente	3
	Viudo(a)	4
Ocupación	Agricultor(a)	1
	Artesano(a)	2
	No trabaja	3

Condiciones socio familiares

Ítems	Buena situación social	Riesgo social		Problema social	
		2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5

Salud nutricional

Ítems	Si	No
6	3	0
7	2	0
8	2	0
9	1	0
10	2	0
11	2	0
12	1	0
13	2	0
14	4	0
15	2	0

ANEXO 6

Tabla matriz

N°	DATOS GENERALES				CONDICIONES SOCIO FAMILIARES					S.T	HABITOS ALIMENTARIOS				S.T	PRESENCIA DE ENFERMEDADES				S.T	AUTONOMIA		S.T	
	1	2	3	4	1	2	3	4	5		6	7	8	9		10	11	12	13		14	15		
1	2	2	1	3	5	3	1	2	1	12	0	2	0	0	2	2	2	1	2	7	4	0	4	13
2	2	1	2	3	2	3	1	2	3	11	3	2	0	1	6	2	0	1	2	5	4	2	6	17
3	4	2	4	3	4	3	1	3	3	14	3	0	0	1	4	2	2	1	2	7	0	0	0	11
4	4	2	4	3	4	3	3	4	3	17	3	2	0	0	5	2	2	0	2	6	4	2	6	17
5	4	2	2	2	3	5	3	3	4	18	3	2	0	0	5	2	2	1	2	7	4	2	6	18
6	4	1	2	2	3	5	3	3	4	18	3	2	0	0	5	2	2	0	2	6	4	2	6	17
7	1	2	2	2	3	4	4	3	4	18	3	2	0	1	6	2	2	1	2	7	4	0	4	17
8	1	1	2	1	3	3	4	3	4	17	3	0	0	1	4	0	0	0	2	2	4	0	4	10
9	4	2	4	3	4	4	3	4	3	18	3	2	0	1	6	2	2	1	0	5	4	2	6	17
10	4	2	4	3	4	4	4	3	3	18	0	2	0	1	3	2	0	0	2	4	4	2	6	13
11	1	2	1	2	5	5	4	3	3	20	3	2	0	0	5	2	2	1	2	7	4	0	4	16
12	4	1	2	3	3	3	5	3	3	17	3	0	0	1	4	2	2	0	2	6	4	2	6	16
13	2	2	2	3	3	3	4	2	3	15	3	2	0	1	6	2	0	0	2	4	4	2	6	16
14	3	1	2	3	3	3	4	2	3	15	3	2	0	1	6	0	0	0	2	2	4	0	4	12
15	4	2	4	3	5	4	4	3	4	20	3	2	0	0	5	0	2	0	2	4	4	2	6	15
16	3	2	2	3	3	3	4	2	3	15	3	0	0	1	4	0	0	0	0	0	4	0	4	8
17	2	1	2	1	3	3	4	2	4	16	3	2	0	0	5	2	0	1	2	5	4	2	6	16
18	3	2	1	1	5	5	4	3	4	21	3	2	0	1	6	2	0	1	2	5	4	2	6	17
19	2	2	2	3	3	3	4	3	4	17	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	0	4	6
20	4	2	2	2	3	5	5	2	4	19	3	0	0	1	4	2	0	0	2	4	4	2	6	14
21	3	1	2	2	3	5	5	4	4	21	0	2	0	1	3	0	2	0	0	2	4	2	6	11
22	2	1	4	1	4	3	4	3	4	18	0	2	0	1	3	2	2	1	0	5	4	2	6	14
23	3	2	2	2	4	5	4	4	3	20	0	0	0	1	1	2	2	1	0	5	4	2	6	12
24	4	2	4	3	4	4	4	3	3	18	0	0	0	0	0	2	2	1	0	5	4	2	6	11

25	2	1	2	2	3	3	4	2	4	16	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	4	2	6	9
26	1	2	2	2	3	4	4	3	3	17	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	4	2	6	9
27	3	1	2	1	3	4	4	3	3	17	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	4	2	6	9
28	2	2	4	2	3	4	3	2	3	15	0	0	0	1	1	2	2	1	0	5	4	2	6	12
29	2	1	1	1	5	3	3	3	4	18	3	2	0	1	6	0	0	0	2	2	4	2	6	14
30	4	2	4	3	4	4	4	3	3	18	3	2	0	0	5	2	0	1	2	5	4	2	6	16
31	2	2	4	3	4	4	4	3	4	19	0	2	0	0	2	0	2	0	2	4	4	0	4	10
32	3	2	2	2	3	5	4	3	4	19	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	4	6
33	4	1	2	1	3	5	4	3	4	19	0	2	0	1	3	0	2	0	2	4	4	2	6	13
34	3	1	2	1	4	5	4	2	3	18	0	0	0	0	0	2	0	1	2	5	4	2	6	11
35	3	2	2	1	4	5	4	2	3	18	0	2	0	0	2	0	0	0	2	2	4	0	4	8
36	1	1	2	1	3	3	4	3	1	14	0	0	0	1	1	0	0	1	2	3	0	0	0	4
37	3	2	4	2	4	5	1	3	4	17	0	2	0	0	2	2	0	0	2	4	4	2	6	12
38	4	2	4	2	4	5	4	3	4	20	0	2	0	1	3	0	2	0	2	4	4	0	4	11
39	4	2	2	2	3	5	4	3	4	19	0	2	0	1	3	0	0	0	2	2	4	0	4	9
40	1	2	2	2	3	5	1	2	4	15	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	4	0	4	7
41	2	1	2	1	3	4	1	3	4	15	0	0	0	1	1	0	2	0	0	2	4	2	6	9
42	4	1	2	3	3	5	4	3	4	19	0	2	0	1	3	2	0	1	0	3	4	2	6	12
43	1	1	2	1	3	4	3	2	3	15	0	0	0	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0	3
44	2	2	2	3	3	3	1	3	3	13	0	0	0	0	0	2	2	1	2	7	0	2	2	9
45	3	1	2	3	3	4	1	3	3	14	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	4	2	6	8
46	2	2	4	3	4	4	4	3	3	18	0	2	0	1	3	0	0	0	2	2	4	0	4	9
47	3	2	2	3	3	5	3	2	3	16	0	2	0	1	3	2	0	0	2	4	4	2	6	13
48	3	1	2	2	3	4	4	3	4	18	0	2	0	1	3	2	0	0	2	4	4	2	6	13
49	3	1	1	1	5	4	4	2	4	19	3	2	0	1	6	0	0	0	2	2	4	2	6	14
50	1	1	4	1	4	4	4	3	3	18	0	2	0	1	3	0	0	0	2	2	4	2	6	11

LISTA DE TABLA

TABLA 2

**CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN SU DIMENSIÓN:
SITUACIÓN FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DEL
BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019**

SITUACION FAMILIAR		f	%
Ítems	Vive con familia, presenta dependencia física/psíquica	1	2%
	Vive con cónyuge con similar edad	28	56%
	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	15	30%
	Vive solo y carece de hijos o viven lejos	6	12%
Situación familiar	EXISTE RIESGO SOCIAL	29	58%
	EXISTE PROBLEMA SOCIAL	21	42%

TABLA 3

**CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN SU DIMENSIÓN:
SITUACIÓN ECONÓMICA EN ADULTOS MAYORES DEL
BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019**

SITUACION ECONOMICA		f	%
Ítems	Un salario mínimo vital	16	32%
	Ingreso irregular	17	34%
	Sin pensión, sin otros ingresos	17	34%
Situación económica	EXISTE RIESGO SOCIAL	16	32%
	EXISTE PROBLEMA SOCIAL	34	68%

TABLA 4
CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN SU DIMENSIÓN:
VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN
BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019

Vivienda		f	%
Ítems	Adecuadas a las necesidades	8	16%
	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado	8	16%
	Vivienda semi construida o de material rustico	31	62%
	Asentamiento humano o sin vivienda	3	6%
	BUENA SITUACIÓN SOCIAL	8	16%
	EXISTE RIESGO SOCIAL	8	16%
Vivienda	EXISTE PROBLEMA SOCIAL	34	68%

TABLA 5
CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN:
RELACIONES SOCIALES EN ADULTOS MAYORES DEL
BARRIO SAN BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019

RELACIONES SOCIALES		f	%
ítems	Relación social, solo con familia y vecinos	15	30%
	Relación social solo con la familia	31	62%
	No sale del domicilio, pero recibe visita de familia	4	8%
Relaciones sociales	EXISTE RIESGO SOCIAL	46	92%
	EXISTE PROBLEMA SOCIAL	4	8%

TABLA 6
CONDICIONES SOCIO FAMILIARES SEGÚN SU DIMENSIÓN: APOYO
DE LA RED SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN
BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019

APOYO DE LA RED SOCIAL		f	%
ítems	No necesita apoyo	2	4%
	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntario social	24	48%
	No cuenta con seguro social	24	48%
	BUENA SITUACION SOCIAL	2	4%
Apoyo de la red social	EXISTE RIESGO SOCIAL	24	48%
	EXISTE PROBLEMA SOCIAL	24	48%

TABLA 7
SALUD NUTRICIONAL SEGÚN SU DIMENSIÓN: CRIBADO
NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN
BENITO GROCIO PRADO CHINCHA
MARZO 2019

CRIBADO NUTRICIONAL	F	%	f	%
Ítems	Si		No	
Hábitos alimentarios				
Realiza menos de 2 comidas al día	20	40%	30	60%
Come pocas frutas, verduras o productos lácteos	31	62%	19	38%
Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día	0	0%	50	100%
Come solo la mayor parte del tiempo	33	66%	17	34%
Presencia de enfermedades				
Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come	27	54%	23	46%
Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer	22	44%	28	56%
Toma 3 o más fármacos prescritos al día	18	36%	32	64%
ha perdido o ganado 5 kg en los últimos 6 meses	37	74%	13	26%
Autonomía				
Le falta dinero para comprar la comida que necesita	46	92%	4	8%
Es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo	33	66%	17	34%

