

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



**RIESGO NUTRICIONAL Y ENTORNO FAMILIAR DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE
SALUD FONAVI IV ICA
DICIEMBRE 2019**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
CINTHIA DEL ROSARIO CASTRO ESCALANTE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ICA - PERÚ
2024**

Asesora: MG. ESPINOZA ALMORA MARITA ROXANA
ORCID: 0009-006-1508-4915

Tesista: CASTRO ESCALANTE CINTHIA DEL ROSARIO
ORCID: 0009-0008-0542-6904

Línea de investigación: Salud Pública.

AGRADECIMIENTO

A Dios

El creador, por darme la vida, darme unos padres ejemplares, unos hijos que son el motor de mi vida y mi esposo que siempre está pendiente de nuestra familia.

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Y a la Escuela Profesional de Enfermería, que me acogieron todos los años de estudio.

Al Centro de Salud Fonavi IV

Que me abrió la puerta para la aplicación del instrumento de recolección de datos en los adultos mayores.

A mi asesora

Quien ha guiado el desarrollo de la investigación en sus diferentes etapas.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres que se esforzaron para ofrecerme educación, a mis hijos, que han sido el principal motivo para mi superación y a mi esposo por estar apoyándome en todos mis logros.

RESUMEN

Introducción: La vejez, es un proceso que experimentan todos los seres humanos y que se caracteriza por un deterioro progresivo de la salud, por lo que la nutrición y un adecuado entorno familiar son importantes para un envejecimiento con dignidad. **Objetivo:** Determinar el riesgo nutricional y el entorno familiar del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV Ica diciembre 2019. **Metodología:** Estudio, descriptivo, cuantitativo y transversal, con una muestra de 67 adultos mayores seleccionados de manera no probabilística. La técnica fue la entrevista y los instrumentos el Test DETERMINE y la Escala de MOOS. **Resultados:** Según datos demográficos 40% (27) tienen de 60 a 69 años, 57% (38) son de sexo femenino, 72% (48) tienen instrucción primaria, 66% (44) es de la costa y 46% (31) son casados o convivientes. Respecto al riesgo nutricional 55,20% (37) tienen riesgo nutricional moderado, 37,30% (25) tienen riesgo nutricional alto y solo 07,50% (05) tienen estado nutricional bueno. Respecto al entorno familiar según la dimensión relaciones, es medianamente favorable en el 73% (49), desfavorable en 18% (12) y en el 09% (06) es favorable; según dimensión desarrollo, es medianamente favorable en el 51% (34), favorable en el 36% (24) y desfavorable en el 13% (09); según dimensión estabilidad es favorable en el 58% (39) y medianamente favorable en el 42% (28). El entorno familiar según la escala de Moos, es medianamente favorable en el 48% (32), favorable en el 39% (26) y desfavorable en el 13% (09).

Palabras clave: Adulto mayor, riesgo nutricional, entorno familiar.

ABSTRACT

Introduction: Old age is a process that all human beings experience and is characterized by a progressive deterioration in health, which is why nutrition and an adequate family environment are important for aging with dignity. **Objective:** Determine the nutritional risk and family environment of the elderly at the Fonavi IV Ica Health Center December 2019. **Methodology:** Descriptive, quantitative and cross-sectional study, with a sample of 67 elderly adults selected in a non-probabilistic manner. The technique was the interview and the instruments were the DETERMINE Test and the MOOS Scale. **Results:** According to demographic data, 40% (27) are between 60 and 69 years old, 57% (38) are female, 72% (48) have primary education, 66% (44) are from the coast and 46% (31) are married or cohabiting. Regarding nutritional risk, 55.20% (37) have moderate nutritional risk, 37.30% (25) have high nutritional risk and only 07.50% (05) have good nutritional status. Regarding the family environment according to the relationship dimension, it is moderately favorable in 73% (49), unfavorable in 18% (12) and in 09% (06) it is favorable; According to development dimension, it is moderately favorable in 51% (34), favorable in 36% (24) and unfavorable in 13% (09); According to the stability dimension, it is favorable in 58% (39) and moderately favorable in 42% (28). The family environment according to the Moos scale is moderately favorable in 48% (32), favorable in 39% (26) and unfavorable in 13% (09).

Keywords: Elderly, nutritional risk, family environment.

PRESENTACIÓN

La vejez es una etapa de la vida en la que el ser humano experimenta cambios estructurales y alteraciones funcionales en los sistemas del organismo, siendo este un proceso natural, cada persona lo vive con una intensidad diferente. El estado nutricional es la resultante del equilibrio entre la ingesta de nutrientes y del gasto calórico proteico para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas; las deficiencias de nutrientes para cubrir estas necesidades son consideradas como desnutrición y por el contrario el exceso en la ingesta de alimentos se traduce en sobrepeso y la obesidad. El aislamiento social también se relaciona estrechamente con la desnutrición del adulto mayor, cada vez son más los ancianos que viven solos o que no tienen un soporte social adecuado. La colaboración familiar es fundamental para que la persona mayor se sienta motivada a la hora de ingerir sus alimentos.

La investigación tiene por objetivo determinar el riesgo nutricional y el entorno familiar del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV Ica diciembre 2019.

El estudio es importante porque la evaluación completa del estado nutricional del adulto mayor debe incluir información sobre la alimentación adecuada, por lo que debe ser realizada en forma interdisciplinaria con el objetivo de diseñar intervenciones acordes a la necesidad del individuo.

El estudio se estructura en cinco capítulos, el capítulo I abarca el planteamiento del problema, la formulación, objetivos, justificación y propósito; el II contiene los antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, variables y definición operacional de términos; el III trata el tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, consideraciones éticas, diseño de recolección, procesamiento y análisis de datos; en el IV capítulo se presenta los resultados y discusión; el V capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones.

Al final se presenta las referencias, bibliografía y anexos complementarios.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
ASESOR Y TESISISTA	ii
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
PRESENTACIÓN	viii
ÍNDICE	ix
INFORME ANTIPLAGIO	xi
LISTA DE TABLAS	xiii
LISTA DE GRÁFICOS	xiv
LISTA DE ANEXOS	xv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	16
I.a. Planteamiento del problema	16
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	20
II.a. Antecedentes bibliográficos	20
II.b. Base teórica	23
II.c. Variables	34
II.d. Definición operacional de términos	34
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	36
III.a. Tipo de estudio	36
III.b. Área de estudio	36
III.c. Población y muestra	36
III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
III.e. Diseño de recolección de datos	38
III.f. Procesamiento y análisis de datos	39
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
IV.a. Resultados	40
IV.b. Discusión	46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
V.a. Conclusiones	51
V.b. Recomendaciones	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	61

INFORME DE ANTIPLAGIO

RIESGO NUTRICIONAL Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FONAVI IV ICA DICIEMBRE 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	18%	3%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	agasoluciones.co Fuente de Internet	1%
7	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upeu.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

FECHA: 19/01/2023

NOMBRE DEL AUTOR (A) / ASESOR (A):

Cinthia del Rosario Castro Escalante / MG. Marita Roxana Espinoza Almora

TIPO DE PROINVESTIGACIÓN:

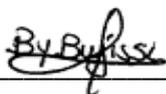
- PROYECTO ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ()
- TESIS (x)
- TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL ()
- ARTICULO ()
- OTROS ()

INFORMO SER PROPIETARIO (A) DE LA INVESTIGACIÓN VERIFICADA POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN, EL MISMO TIENE EL SIGUIENTE TÍTULO:

RIESGO NUTRICIONAL Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FONAVI IV ICA DICIEMBRE 2019

CULMINADA LA VERIFICACIÓN SE OBTUVO EL SIGUIENTE PORCENTAJE: 18 %

Conformidad Autor:



Nombre: Cinthia del Rosario Castro Escalante
Almora

DNI: 70271766

Huella:



Conformidad Asesor:



Nombre: Marita Roxana Espinoza

DNI: 21427307

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Datos generales de los adultos mayores del centro de salud Fonavi IV Ica diciembre 2019.	40

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Riesgo nutricional del adulto mayor del centro de salud Fonavi IV Ica según test de determine diciembre 2019.	41
Gráfico 2	Entorno familiar del adulto mayor según dimensión relaciones centro de salud Fonavi IV Ica diciembre 2019.	42
Gráfico 3	Entorno familiar del adulto mayor según dimensión desarrollo centro de salud Fonavi IV Ica diciembre 2019.	43
Gráfico 4	Entorno familiar del adulto mayor según dimensión estabilidad centro de salud Fonavi IV Ica diciembre 2019.	44
Gráfico 5	Entorno familiar del adulto mayor según escala de Moos centro de salud Fonavi IV Ica diciembre 2019.	45

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Operacionalización de variables.	62
Anexo 2	Instrumento de recolección de datos.	67
Anexo 3	Confiabilidad del instrumento.	71
Anexo 4	Escala de valoración del instrumento.	73
Anexo 5	Consentimiento informado.	74

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. Planteamiento del problema:

La OMS (Organización Mundial de Salud)¹, manifiesta que entre 2015 y 2050, el porcentaje de las poblaciones de la tierra mayores de 60 años se duplicará, yendo del 12% al 22%. Para 2020, siendo superior el número de personas de 60 años que el de los niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de bajos y medianos ingresos.

Según datos de la OMS², 1900 millones de adultos presentan sobrepeso u obesidad, mientras que 462 millones de personas tienen insuficiencia ponderal. La OMS anhela a que desaparezcan del mundo todas las formas de malnutrición, y a que todas las poblaciones de todos los países tengan buena salud y bienestar. De acuerdo con la estrategia de nutrición 2016–2025.

Rosas³, en un estudio realizado en Colombia manifiesta que respecto de la valoración nutricional el porcentaje más elevado que equivale al 60,1% presenta riesgo de malnutrición, el 31,8%, se encuentra en un estado nutricional normal y el 8,1% sufre de malnutrición.

En Cuba, según datos brindados por Gonzales⁴., reseñan que el número de ancianos o adultos mayores es superior a la de los países subdesarrollados, pronosticando que para el año 2030 el envejecimiento que hoy es de un 19 %, se incrementará a un 30,3 %. Ya en el 2050 estas cifras podrían alcanzar hasta un 36,5 %.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú⁵, informa que durante el año 2014, la población peruana de 60 y más años de edad constituye el 9,4% de la población total del país, en términos absolutos, superando los 2 millones 907 mil personas; en el año 2021, se calcula que la población de adultos mayores se acrecentará a 11,2%. El mayor porcentaje de adultos mayores residen actualmente en los departamentos de Arequipa y Moquegua, ambos con 10,9%,

Lima y la Provincia Constitucional del Callao albergan el 10,7% de población adulta mayor.

Un estudio realizado en Puno el 2016⁶, muestra resultados respecto al estado nutricional del adulto mayor de zonas urbanas y rurales, manifiesta que: 95% están en riesgo de desnutrición y desnutridos en la zona rural; mientras de la zona urbana el 91% presenta riesgo de desnutrición y desnutridos. Según el IMC 39% tiene peso insuficiente, 23% desnutrición leve, moderada y severa; en la zona urbana el 24% tienen sobrepeso y obesidad, 16% con desnutrición leve y moderada. Estado nutricional según el porcentaje de grasa corporal de zona rural se observa 61 % con sobrepeso y obesidad; en zona urbana el 79% con obesidad y sobrepeso.

Un nuevo estudio financiado por la OMS y publicado en la revista The Lancet Global Health⁷, muestra que cerca de un 16% de las personas de 60 años o más han sido víctimas de maltrato psicológico (11,6%), abuso económico (6,8%), negligencia (4,2%), maltrato físico (2,6%) o agresiones sexuales (0,9%). Investigación basada en datos de 52 estudios realizados en 28 países de distintas regiones, 12 de ellos países de ingresos medianos o bajos.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática⁸, el 2017 “En el Perú existen 633 mil 590 adultos mayores de 70 años y más que viven solos, representan el 38,4% del total de población de ese grupo de edad, de ellos un 61,8% vive con otra persona igualmente mayor de edad, un 38,2% viven completamente solos, es decir, en un hogar unipersonal, el porcentaje de personas mayores que viven solas superan el 30%. La información censal indica que la mayoría de los adultos mayores (82,2%) que viven solos tienen algún seguro de salud, sin embargo no tienen acceso, haciéndolos más vulnerables. El 17,8% carece de este servicio que en cifras absolutas son 112 mil 620 personas.

Al haber recorrido por los diferentes establecimientos de salud durante las prácticas preprofesionales, y observado muchos adultos mayores en estado de malnutrición y de abandono, el cual se ha evidenciado por una contextura muy delgada, mal vestir, mal estado de higiene, entre otros; nace la inquietud de conocer sobre el riesgo nutricional y el entorno familiar de este grupo etario; en vista de la descripción problemática citada líneas arriba, se formula la siguiente interrogante:

I.b. Formulación del problema:

¿Cuál es el riesgo nutricional y entorno familiar del adulto mayor del Puesto de Salud Fonavi Ica diciembre 2019?

I.c. Objetivos:

I.c.1. Objetivo general: Determinar el riesgo nutricional y el entorno familiar del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV Ica diciembre 2019.

I.c.2. Objetivos específicos:

O.E.1: Identificar el riesgo nutricional del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV Ica diciembre 2019, según el:

- Test de Termine.

O.E.2: Valorar el entorno familiar del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV Ica diciembre, según:

- Relaciones
- Desarrollo
- Estabilidad.

I.d. Justificación:

Desde el punto de vista teórico, el presente trabajo de investigación es importante debido a que el envejecimiento por ser un proceso degenerativo, la nutrición juega un papel muy importante en el adulto mayor, ya que el estado nutricional de ellos está determinado por

múltiples factores dietéticos, socioeconómicos, funcionales, mentales, psicológicos y se hace necesario acrecentar los conocimientos en la población estudiada.

Justificación práctica, el estudio es muy importante, porque la evaluación completa del estado nutricional del adulto mayor debe incluir información sobre la alimentación adecuada, por lo que debe ser realizada en forma interdisciplinaria con el objetivo de diseñar intervenciones acordes a la necesidad del individuo y es una valoración que debe ser aplicada en el quehacer diaria del profesional de enfermería durante la atención integral al adulto mayor.

A parte posee una relevancia metodológica, ya que incentiva el uso de instrumentos en la valoración del adulto mayor, del mismo modo servirá de fuente de información para futuros trabajos que se relacionen con el tema.

I.e. Propósito:

Una vez concluida la investigación, los resultados han de ser entregados al centro de salud, con la intención de que el profesional de enfermería esté al tanto de la problemática del adulto mayor de su jurisdicción, que pueda emprender acciones e implementar estrategias para mejorar el estado nutricional de los adultos mayores que se encuentran en riesgo. Así como entrar en contacto con los familiares, para brindar al adulto mayor un entorno familiar que le garantice una vida de mejor calidad.

Los resultados del estudio, se pondrá a disposición de las personas quienes puedan emplear el trabajo como una fuente de información tanto en el aspecto metodológico y teórico, utilizándolo como antecedentes para el análisis de futuras investigaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. Antecedentes bibliográficos:

Internacionales:

Salamanca et al⁹, el año 2017 realizaron un estudio cuantitativo etnográfico con el objetivo de conocer el **ENTORNO FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS VIDA (CV) DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-COLOMBIA**, utilizaron como técnica la observación no participante y la entrevista abierta, transcritas y convertidas en unidades textuales, con el apoyo del software N-vivo 11. Como resultados identificaron tres categorías: 1) entre la aceptación o la resignación de ser un adulto mayor, 2) los menesteres de la vejez y 3) las relaciones de la familia cuando se tiene un adulto mayor, concluyendo que para los adultos mayores el envejecimiento es una etapa de pérdida, abandono y sufrimiento. Para la familia, es una etapa muy difícil cuando no se tiene condiciones socioeconómicas suficientes, se requiere apoyo y aceptación de los cambios producidos en el adulto mayor. Para los cuidadores de los CV es una etapa que requiere mucho apoyo de la familia y la sociedad.

Jiménez et al¹⁰, en el año 2015 realizaron una investigación descriptiva y transversal con el objetivo de asociar el grado de **DEPENDENCIA FUNCIONAL Y PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR. MÉXICO**, la muestra fue no probabilística conformada por 298 pacientes de 60 a 86 años que cuya participación en la unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue potestativa. Aplicaron como instrumento la Escala de Lawton y Brody además del APGAR Familiar. Los hallazgos muestran un que al analizar la percepción de apoyo familiar por género con la prueba U de Mann Whitney, demostró un mejor puntaje para las mujeres (puntaje 9), mientras que para los varones el puntaje fue menor (puntaje 8.3), con diferencia significativa ($p < 0.003$)

y con Lawton Brody en las mujeres se encontró menor dependencia (puntaje 6.37) que en los varones (puntaje 5.38), con diferencias significativas ($p < 0.0001$) por lo que, en relación con el género sí se encontraron diferencias.

Deossa et al¹¹, en los años 2014-2015 realizaron una investigación descriptiva con el objetivo de realizar la **EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES CON EL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT: MNA. COLOMBIA**; para la recolección de datos aplicaron la encuesta con factores de discriminación según sexo. Encontraron en el sexo femenino el IMC superior al de los varones; respecto al consumo de alimentos el 66,8% de los ancianos si ingieren tres comidas durante el día, el 21,5% agregan derivados lácteos, pescados y legumbres a su dieta regularmente, al 50% les agrada las frutas y 16,7% beben más de 3 vasos de agua al día. Por lo que concluyen que alrededor de un tercio de los adultos mayores presentaron riesgo de desnutrición, dentro de ellos más mujeres que varones y más del 10% presentaron malnutrición donde los varones fueron más que las mujeres.

Nacionales:

Montalbán y Nima¹², durante el año 2017 realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la **VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD PIURA DURANTE MARZO A JUNIO 2017. PERÚ**, la muestra estuvo constituida por 90 adultos mayores de un Centro de Atención Primaria de Piura, el instrumento utilizado fue el Mini Nutritional Assessment el cual clasifica: estado nutricional normal (> 24 punto), riesgo de malnutrición (17 a 23.5 puntos) y malnutrición (< 17 puntos). Los hallazgos muestran que el 68% de los adultos mayores que conforman el estudio presentan riesgo de malnutrición, el 28% es normal y el 4% en tiene malnutrición.

Figuroa y Guzmán¹³, en el año 2016 realizaron una investigación cuantitativa, descriptivo y de corte transversal con el objetivo de determinar el **GRADO DE APOYO FAMILIAR QUE PERCIBE EL ADULTO MAYOR USUARIO DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL DE LIMA METROPOLITANA. PERÚ**, la muestra la conformaron 47 adultos mayores. Emplearon como instrumento un cuestionario tipo Likert adaptado, de autoría propia y validado por ocho jueces expertos mostrando un nivel de significancia de 0.008. Muestran como resultados que el grado de apoyo familiar es parcialmente suficiente como lo perciben los adultos mayores, considerando un índice negativo, ya que se traduce en riesgo en el proceso de envejecimiento y merma su calidad de vida. Con relación a los tipos de apoyo, muestran que el apoyo emocional según la percepción de los adultos mayores es parcialmente suficiente, el apoyo instrumental es percibido como suficiente y el apoyo informativo familiar como insuficiente.

Astocaza¹⁴, en el año 2016 ejecutó una investigación descriptiva, cuantitativa y transversal, cuyo objetivo fue determinar los **FACTORES SOCIO FAMILIARES Y NIVEL DE SATISFACCIÓN VITAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD SEÑOR DE LUREN, ICA DICIEMBRE 2016**, el estudio se realizó en una muestra de 40 adultos mayores según los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento para la primera variable fue la Escala de Gijón mientras que para la segunda empleó la Escala de Yesavage. Los resultados respecto a los datos generales: el 45% tienen entre 60 a 65 años, el sexo que predominó fue el femenino con el 75%, el 40% refirieron estar casados, en tanto el 60% sí sufre de alguna enfermedad, así mismo el 50% sí toman medicamento. Según la variable factor socio familiar, de acuerdo a sus dimensiones: de situación familiar el 43% fue regular; situación económica el 40% fue regular; vivienda el 57% fue regular; relaciones sociales el 42% fue regular; apoyo de la red social el 57% fue regular.

Los factores socio familiares global en el 48% fueron regulares, 27% malas y el 25% buenas. De acuerdo con la variable de satisfacción vital en las dimensiones: de automotivación el 50% fue regular; auto apreciación el 50% fue regular; bienestar emocional el 35% fue regular; bienestar social el 55% fue regular; estado mental el 42% fue mala. El nivel de satisfacción global, el 43% fue regular, 32% mala y el 25% buena.

Los antecedentes mencionados, han servido para mejorar la parte de la metodología de la investigación, los resultados también han sido empleados para realizar la discusión del trabajo, los estudios previos aportan datos importantes sobre el tema estudiado mencionando que los adultos mayores se encuentran vulnerables a padecer desnutrición y a vivir en entornos familiares desprotegidos.

II.b. Base teórica:

RIESGO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR:

Generalidades:

Definición de riesgo: Se define riesgo como la probabilidad de que pueda ocurrir un evento, fenómeno o suceso que llegue a conducir a una enfermedad, la complicación de esta o la muerte¹⁵.

Desnutrición en el anciano: Es el estado producido cuando el aporte de nutrientes no cubre las necesidades metabólicas. La desnutrición en los adultos mayores es mucho más frecuente de lo que se diagnostica y además tiene graves consecuencias para el estado de salud debido a que la capacidad de regeneración celular en el anciano está totalmente disminuida¹⁶.

Factores que afectan la ingesta de alimentos:

Son múltiples los factores que determinan el estado nutricional del adulto mayor, estos son: socioeconómicos, funcionales, dietéticos, mentales, fisiológicos y psicológicos; por lo que se recomienda que la evaluación nutricional se debe realizar teniendo en cuenta estos factores, debe ser realizada de manera interdisciplinaria, implementando medidas correctivas y evaluar la efectividad¹⁷.

Fisiológicos:

- **Envejecimiento del sistema digestivo:** Considerándose la cantidad de piezas dentarias, disminución de la capacidad metabólica del organismo, depreciación del vaciamiento gástrico (saciedad temprana) y disminución del tránsito intestinal (estreñimiento).
- **La salud bucal:** Abrasión y desgaste del esmalte dental, fragilidad y agrietamiento de mucosa bucal, menor precisión del cierre dental, menor control de prótesis, pérdida de piezas dentales, reposición de prótesis inadecuada, dolor o incomodidad, caries, enfermedad periodontal, xerostomía por medicamentos, disminución de la secreción salival, cambios en la microbiota oral y disfagia.
- **Percepción del sabor:** Se define como la mengua en la percepción del olor, disminución en la sensibilidad para distinguir sabores, disminución en el número de papilas gustativas así como del gusto salado, pero se mantiene la conservación del sabor dulce.
- **Anorexia del envejecimiento:** Se presenta por la disminución de la demanda de energía, disminución de la tasa metabólica basal, disminución de la capacidad y actividad física, disminución y a veces pérdida de la percepción del olor y sabor, pero existencia del incremento de la saciedad.

Patológicos:

- **Patología aguda:** Considerados los procesos infecciosos agudos y también el trauma.
- **La enfermedad:** La enfermedad compromete la ingesta de alimentos ya que ocasiona disminución del apetito influenciado por el estado de ánimo, por los síntomas de la enfermedad, costumbres alimentarias y hasta por el mismo tratamiento nutricional y tratamiento médico.
- **Patologías crónicas:** Como el EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedad renal crónica, diabetes, insuficiencia cardiaca, cáncer, entre otras patologías.
- **Situación quirúrgica:** La más frecuente es la que se ocasiona generalmente por la fractura de cadera.
- **Compromiso neurológico:** Las que cursan con las patologías como el caso de la demencia senil, párkinson, secuelas de ACV, entre otros¹⁸.

Consecuencias de la desnutrición en el adulto mayor:

Disminuye y empeora la capacidad inmunológica, retarda la recuperación de la enfermedad y lesiones, disminuye el estado mental y emocional, reduce la tolerancia a los tratamientos, va en desmedro de la calidad de vida, afecta la función gastrointestinal, renal y pulmonar así como el proceso para eliminar los fármacos.

Incrementa la duración y severidad de las infecciones, aumenta la tasa de complicaciones y cicatrización de las heridas, las úlceras por presión, aumenta la necesidad de atención y cuidados hospitalarios y domiciliarios, hay aumento de la morbilidad y los reingresos hospitalarios.

Se puede identificar el riesgo nutricional del adulto mayor a través de la aplicación de instrumentos como:

- Test Determine
- Test MUST
- Ferguson
- NRS2002
- Mini nutricional Assessment.

Para fines del estudio respecto a la primera variable, se utilizó el Test DETERMINE, cuya propuesta de intervención es la siguiente:

- Estado nutricional bueno: 0 a 2 puntos
- Riesgo nutricional moderado: 3 a 5 puntos, en el que se debe solicitar asesoría nutricional y reevaluación en uno o tres meses.
- Riesgo nutricional alto: Mayor de 5 puntos, se debe realizar un examen nutricional exhaustivo¹⁸.

Los indicadores que evalúa el Test son:

- **Enfermedad**, por la cual el adulto mayor haya cambiado el tipo y/o cantidad de alimentos que ingiere.
- Dentro de las enfermedades que pueden llevar a la desnutrición al adulto mayor se mencionan: Alzheimer, enfermedades cerebrovasculares, osteoporosis, diabetes, disfagia, depresión, infecciones, úlceras por presión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras¹⁹.
- **Consumo dos o menos comidas al día**, si el adulto mayor está consumiendo dos o menos comidas al día, ello ocasionaría evidentemente un déficit nutricional. Las causas de desnutrición del adulto mayor son: el consumo de alimentos pocas veces al día cuando se fracciona la ingesta total diaria, disminución del apetito, variaciones del gusto, xerostomía, la no adaptación a las prótesis dentales extraíbles, problemas para masticar, para deglutir, entre otras²⁰.
- **Consumo de frutas, verduras y productos lácteos**, la disminución de la ingesta de frutas, verdura y productos lácteos,

también se traducen en riesgo de desnutrición para el adulto mayor.

- La dieta debe ser a base de dos raciones de verduras, lácteos y hortalizas al día, y al menos 3 raciones de frutas entre comidas. Las verduras y lácteos aportan a los mayores, los nutrientes que necesita para su proceso de digestión y ayudarlos a mantenerse saludables²¹.
- **El consumo de licor**, como cerveza o vino en cantidades de 3 o más vasos diarios, son considerados también como factores de riesgo para la desnutrición del adulto mayor, ya que puede tener un efecto de pérdida de apetito, conllevándolo a no ingerir alimentos o a ingerirlos en pocas cantidades; su consumo no debe exceder los 20-25 g diarios lo que equivale a un vasito pequeño de vino ingerido en el almuerzo y en la cena, siempre que no exista ninguna contraindicación por padecer alguna patología o por tomar medicamentos incompatibles²².
- **Los problemas dentales o bucales**, que padecen los adultos mayores se observan muy a menudo, considerándose un factor de riesgo de desnutrición para el adulto mayor, en vista de que comienzan a eliminar de su ingesta, alimentos que pueden causar daño a las estructuras orales o aquellos alimentos que son un poco difíciles de masticar pero que son necesarios para una alimentación balanceada (como los frutos secos, manzanas, carnes, entre otros).
- **El componente económico**, es otro factor de riesgo de desnutrición para el adulto mayor, debido a que la mayoría de ellos tiene una pensión por debajo del mínimo vital, o viven solos y sus ingresos son insuficientes para adquirir los alimentos que requiere. Esta situación económica del adulto mayor se determina por su capacidad de compra de diferentes fuentes: el salario por el trabajo, el ahorro, pensión de jubilación, entre otros. Se relaciona con el nivel y forma de consumo, de acuerdo a la edad y el estado de

salud del adulto mayor, las particularidades de su hogar y los servicios soportados por el estado²³.

- **La falta de compañía**, la compañía juega un papel importante durante los horarios de alimentación, ya que a ninguna persona le agrada comer solo, hace que se pierda el deseo de ingerir los alimentos consiguientemente sobreviene la desnutrición.
- **Consumo de medicamentos**, la ingesta de algunas medicinas puede ser causa también de la disminución de la ingesta de alimentos, ya que algunos pueden tener en sus componentes que inhiben el apetito (pueden estar los ansiolíticos, sedantes, entre otros).
- **La pérdida o aumento imprevisto de peso**, puede ser causa también de una mala nutrición en los adultos mayores.
- La obesidad se relaciona incrementando el riesgo a cursar con patologías crónicas, como problemas cardíacos y diabetes tipo 2. La baja de peso no proyectada, llamada también pérdida de peso no intencional, pone en riesgo la salud del adulto mayor²⁴.
- **La condición física**, del adulto mayor, es otro aspecto importante, ya que habiendo días en que no se sienta activo, opte por no ir de compras y prepara los alimentos con los productos que tiene en su hogar, que muchas veces no son los adecuados ni son balanceados y no aportan los nutrientes necesarios.
- La dependencia funcional del adulto mayor se relaciona muy estrechamente con el riesgo de malnutrición en los mayores, y está evidenciado por la falta de independencia para conseguir y preparar sus alimentos, así como por el deterioro de autonomía para su propia alimentación²⁵.

Intervención de enfermería:

- Detección del riesgo
- Trabajo de coordinación multidisciplinario

- Optimizar tratamiento farmacológico: disminuir número de fármacos, administrar la forma de presentación correcta, verificar interacción fármaco nutriente.
- Garantizar aportes nutricionales
- No realizar restricciones alimentarias innecesarias
- Mantener una red de apoyo social
- Brindar educación integral.²⁶

Evaluación integral del estado nutricional:

La evaluación integral del estado nutricional del adulto mayor tiene por objetivo aproximarse a la composición corporal de la persona, información que se puede obtener conociendo cual es la dieta habitual, los cambios al ingerir alimentos, modificaciones del peso y la capacidad funcional del anciano.

La evaluación integral debe estar compuesta de la antropometría, los hábitos alimentarios, la ingesta de energéticos así como de nutrientes, indicadores bioquímicos y de independencia funcional y física.

Por lo que el profesional de enfermería debe realizar una valoración integral al adulto mayor que asiste al establecimiento de salud²⁶.

ENTORNO FAMILIAR:

Las redes familiares, sociales y comunitarias cumplen un papel positivo en la salud y el bienestar de la persona mayor, por su participación social en el proceso de envejecimiento activo. Igualmente es importante las relaciones entre generaciones distintas ya que éstas influyen en un envejecimiento activo, siendo lógico que los encuentros entre generaciones deban comenzar en la familia.

Las relaciones familiares, juegan un rol importante en el bienestar siendo la condición más importante para la calidad de vida del adulto mayor.

Dimensiones del entorno familiar:

a. Las relaciones en el entorno familiar:

Es en el seno de la familia donde se inicia las relaciones intergeneraciones, donde el diálogo entre abuelos, padres e hijos puedan atenuar el impacto que causa el cambio generacional. La familia debe ser el ambiente donde se inculquen valores, buenos hábitos y costumbres, crear buenos ciudadanos y seres humanos con principios. Las relaciones más significativas son las que se dan entre abuelos y nietos con todas sus posibilidades: relación con abuelos maternos o paternos, abuelos con hijos separados, abuelos cuidadores, abuelos custodios, abuelos itinerantes, etc.

Evalúa:

- La comunicación entre los miembros de la familia,
- La expresión libre,
- La cohesión familiar, y
- La libertad para poder expresar la cólera y el conflicto dentro de la familia.

b. Desarrollo:

Evalúa dentro de la familia la importancia de algunos procesos como:

- El grado de independencia entre los miembros de la familia,
- La orientación que sus integrantes tienen para lograr sus metas,
- El interés en actividades sociales, políticas y culturales o intelectuales;
- La participación en actividades recreativas y

- La importancia que la familia tiene respecto a las prácticas religiosas.

c. Estabilidad:

En esta dimensión se evalúa el grado de control que ejercen unos miembros de la familia sobre otros, considera:

- La importancia que se le da a la organización familiar
- La planificación de actividades y responsabilidades de los miembros de la familia
- Las reglas estipuladas en el seno de la familia y quien o como son dirigidas.

El envejecimiento activo: Fue definido por la OMS como el proceso que permita optimizar de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad durante el proceso de envejecimiento. El término de activo se refiere a la intervención continua que tienen los adultos mayores, ya sea de forma individual o colectiva, involucrándose en eventos sociales, económicos, culturales, deportivos y de voluntariado, no solo en lo puramente laboral.

El fin es mejorar la calidad de vida en el proceso de envejecimiento de la persona, brindándole oportunidades para desarrollar una vida saludable, segura y con participación. El envejecimiento activo se define como como un ciclo más de crecimiento personal en la etapa de la vida, acrecentando vida a los años y no solamente años a la vida. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹, son tres los pilares del envejecimiento activo.

En primer orden el bienestar físico, mental y social; definitivamente, la salud. En segundo lugar, la participación en actividades sociales según sus necesidades, capacidades y deseos de las personas

mayores, tanto individual como colectivamente y por último, la seguridad y la protección; es decir los cuidados de las personas que necesitan de asistencia. Es importante mantener hábitos saludables, fomento de la autoestima, participación social, mantener la autonomía e independencia²⁷.

Envejecimiento: Definido también como senescencia, que involucra una serie de transformaciones fisiológicas en los seres vivos a través del paso del tiempo. Esto significa que un individuo que envejece se vuelve vulnerable ante situaciones que antes podía sobrellevar²⁸.

Adulto Mayor: La OMS señala como adulto mayor a las personas de 60 años a más, clasificando a los de 60 a 74 años como de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. Por lo que a toda persona mayor de 60 años se le denominará indistintamente persona de la tercera edad²⁹.

Ley de la persona Adulta mayor: Ley de la Persona Adulta Mayor N°30490 vigente, identifica como un grupo vulnerable a los adultos mayores de 70 años y más que viven solos, a quienes se estaría vulnerando sus derechos, en algunos casos, sus derechos que se estipulan en el Artículo 5, inciso 5.1 que a la letra se señala que el adulto mayor tiene derecho a: e) Vivir en familia, y envejecer en el hogar y en comunidad. Asimismo, se señala, textualmente, en el acápite 7.2: Las personas integrantes de la familia deben procurar que la persona adulta mayor permanezca dentro de su entorno familiar y en comunidad³⁰.

El Decreto Supremo N°024-2021-MIMP, fue promulgado el 27 de julio del 2021 por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con el cual aprobó el Reglamento de la Ley N°30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, que consta de seis (6) títulos, veinticinco (25) capítulos, ocho (8) subcapítulos³¹.

Teoría de enfermería de Dorothea Orem-Déficit del autocuidado.

Dorothea Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado considerada una teoría general que contiene tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la necesidad de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado, cuando la persona no está en la capacidad de afrontar el déficit de su cuidado. Así también Dorothea E. Orem, conceptualiza al agente de autocuidado como la persona que objetivamente brinda los cuidados, mientras que, cuando los individuos realizan su propio cuidado se les denomina agentes de autocuidado³².

Analizando esta teoría se puede concluir que:

La teoría de Dorothea Orem, hace mención a la capacidad que tienen los seres humanos para adaptarse a ciertos cambios de su entorno, pero hay momentos o situaciones como el envejecimiento, en que las necesidades de la persona exceden la capacidad para poder resolverlas, es allí donde el profesional de enfermería actúa como agente del cuidado para ofrecer ayuda directa cuando el ser humano lo necesita, además de brindar educación a las personas para que sean “agentes de autocuidado”, es decir participen activamente en su propio cuidado.

El cuidar de uno mismo, es el proceso que se da cuando la persona es consciente de su estado de salud, pero existen limitaciones como es el caso de los adultos mayores, es ése el momento en que el profesional de enfermería ofrece ayuda para poder satisfacer las necesidades de los adultos mayores, la enfermera compensa el déficit de autocuidado, al hacer uso del sistema de enfermería, que puede ser por compensación total, parcial o a través de la asistencia educativa.

Esta teoría supone una acción humana de enfermería ejercida a través de actividades profesionales a personas con limitaciones de la salud que presentan problemas de cuidado o autocuidado, es una interacción enfermera-usuario que permite al paciente participar activamente de su cuidado o entender su enfermedad para aceptar el cuidado de la enfermera.

Teoría de enfermería de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Nola Pender propone el modelo de Promoción de la Salud, como aquella que permite comprender el comportamiento humano relacionado a su salud, es aplicado por el profesional de Enfermería en sus dirigidas a la adopción de conductas saludables en toda la población³³.

La teoría de Nola Pender muestra una perspectiva holística del cuidado de enfermería, donde el profesional enfermero(a) muestre un perfil promotor de la salud identificando los aspectos conceptuales (conocimiento) que la población tiene respecto de su salud y cuáles son las conductas que adoptan en su cuidado, identificando las barreras que la población tiene al respecto, es ahí donde la intervención del profesional de enfermería cumple un rol preponderante con responsabilidad en los cuidados sanitarios convirtiéndose en un agente motivador para que las personas cuiden y mantengan su salud personal en equilibrio con su entorno a lo largo de su vida.

II.c. Variables:

Variable 1: Riesgo nutricional.

Variable 2: Entorno familiar.

II.d. Definición operacional de términos:

Riesgo: Es la probabilidad de que una población determinada sufra cierta enfermedad o daño en relación con la salud³⁴.

Riesgo nutricional: Es la probabilidad de que el adulto mayor pueda padecer una enfermedad o complicaciones médicas en el tratamiento, relacionadas con la nutrición. Existen algunos hábitos alimentarios y ciertas actitudes que ponen en riesgo la salud del adulto mayor³⁵.

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

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

Entorno familiar: Nos referimos a aquellas personas que conviven entre sí, unidas por un vínculo biológico o adoptivo que creó entre ellas una comunidad de afecto y protección mutuos.

Adulto mayor: La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. Tipo de estudio:

La investigación es de tipo cuantitativa, Hernández et al.³⁶, manifiesta que en un estudio cuantitativo los resultados son presentados en tablas de frecuencias y porcentajes numéricos y gráficos correspondientes.

Según la finalidad es descriptivo, Bernal³⁷, manifiesta que un estudio descriptivo es el que se centra en describir el comportamiento de las variables y sus características en una población.

Según el tiempo de aplicación es prospectivo, Chávez³⁸, menciona que el método prospectivo se centra en las observaciones hacia futuro, del momento actual hacia adelante.

Según la secuencia temporal es transversal, Cruz y Moreno³⁹, hacen referencia que el diseño transversal es un procedimiento de investigación en el que la recolección de datos no tiene continuidad, si no se estudia la muestra en un momento y lugar determinado.

III.b. Área de estudio:

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Fonavi IV, que se encuentra en el centro poblado del mismo nombre en el distrito de Subtanjalla, aproximadamente a 15-20 minutos del centro de la ciudad de Ica.

III.c. Población y muestra:

La población- muestra está constituida por 67 adultos mayores del Centro de Salud Fonavi IV Ica, según registros del establecimiento de salud son un total de 45 adultos mayores, pero durante el tiempo de recolección de datos se logró captar a más adultos mayores, lo que indica que aún no se encuentran registrados en el puesto de salud. Por lo tanto, la muestra fue no probabilística y censal. Teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que firmen el consentimiento informado.
- Adultos mayores en pleno uso de sus facultades mentales.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no estén en pleno uso de sus facultades mentales.
- Adultos mayores que no firmen el consentimiento informado.

III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica que se utilizó para medir las variables de estudio fueron la entrevista con su instrumento la guía de entrevista. El Test Determine¹⁸, se utilizó para medir el riesgo nutricional que es la primera variable, es un instrumento validado que consta de 10 ítems de alternativa dicotómica:

- Sí
- No.

Para la segunda variable entorno familiar se utilizó la Escala de Clima Social Familiar de Moos⁴⁰, la cual ha sido modificada en investigaciones anteriores y también ha sido validada, por lo que no se considera realizar la validación, el instrumento está compuesto de 3 dimensiones, la dimensión Relaciones contiene 8 ítems, la dimensión Desarrollo compuesta por 6 ítems y la dimensión Estabilidad conformada por 6 ítems, con respuestas politómicas tipo escala Likert:

- Siempre
- A veces
- Nunca.

Posterior a su aplicación se realizó la confiabilidad de los instrumentos, aplicando la fórmula de Kuder y Richardson para la primera variable con una confiabilidad alta de 0,7 y para la segunda

variable se aplicó el Alfa de Cronbach con una confiabilidad muy alta de 0,9.

III.e. Diseño de recolección de datos

La recolección de datos se inicia con la presentación de la solicitud al establecimiento de salud, para su autorización y permita aplicar el instrumento. El recojo de información se realizó en el mes de diciembre del 2019, luego de la autorización brindada por el Jefe del establecimiento, se entró en contacto con los adultos mayores a quienes se captó durante la asistencia a consultas en el puesto de salud, con un cordial saludo se dio inicio a la entrevista leyéndoles el consentimiento informado para su aceptación, posteriormente se realizó la aplicación de la entrevista estructurada, al culminar se agradeció al adulto mayor por su participación.

Toda investigación en seres humanos debe estar respaldada por los principios éticos, contemplados en el Informe Belmont.

Dentro de los principios bioéticos se consideró la beneficencia, que consiste en que los sujetos que forman parte de la investigación no serán afectados bajo ningún punto de vista, la investigadora tiene la obligación de que los actos que realice logren los máximos beneficios para los adultos mayores, sin causar daño ni físico ni emocional.

La no maleficencia se aplicó durante el acto investigativo, teniendo en consideración que ningún acto realizado por la investigadora ocasione daños en los participantes, considerando un mínimo o nulo perjuicio para la población de estudio.

La justicia que se refiere a que cada integrante de la muestra sea tratado de la misma manera, sin ningún tipo de discriminación ya sea de raza, etnia, procedencia, cultura, religión etc.

La autonomía considerada como la capacidad que tenga la persona para decidir por sí misma, su participación en la investigación, así

como de responder las preguntas sin ningún tipo de coacción, y la libre voluntad de decidir su permanencia o retirarse del estudio.

Otro aspecto a considerar es el consentimiento informado, que consiste en el documento firmado por el adulto mayor, en el cual brinda su consentimiento para que el investigador pueda realizarle las preguntas del instrumento, en él se menciona el objetivo de la investigación y se hace mención de que la información será confidencial y reservada, se hace referencia a que tiene la libertad de decidir si responden o no las preguntas y que tienen el derecho a conocer los resultados de la investigación.

III.f. Procesamiento y análisis de datos:

El procedimiento consta de:

- Primero se realiza la numeración de las guías de entrevista y la codificación de las respuestas.
- Luego se confecciona una base de datos en el programa Excel donde se ponen los resultados obtenidos en las guías de entrevista.
- Posteriormente se elaboran las tablas y gráficos estadísticos.

El análisis de los resultados se realizó con apoyo de la estadística descriptiva, que ayuda a interpretar las tablas y gráficos, teniendo en consideración los objetivos del estudio, el marco teórico y las hipótesis de la investigación.

Los valores asignados para la variable riesgo nutricional fueron:

- Estado nutricional bueno: de 0 a 2 puntos.
- Riesgo nutricional moderado: de 3 a 5 puntos.
- Riesgo nutricional alto: mayor de 5 puntos.

Para la variable entorno familiar se ha considerado:

- Favorable: 46 – 60 puntos.
- Medianamente Favorable: 36 – 45 puntos.
- Desfavorable: 20 – 35 puntos.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

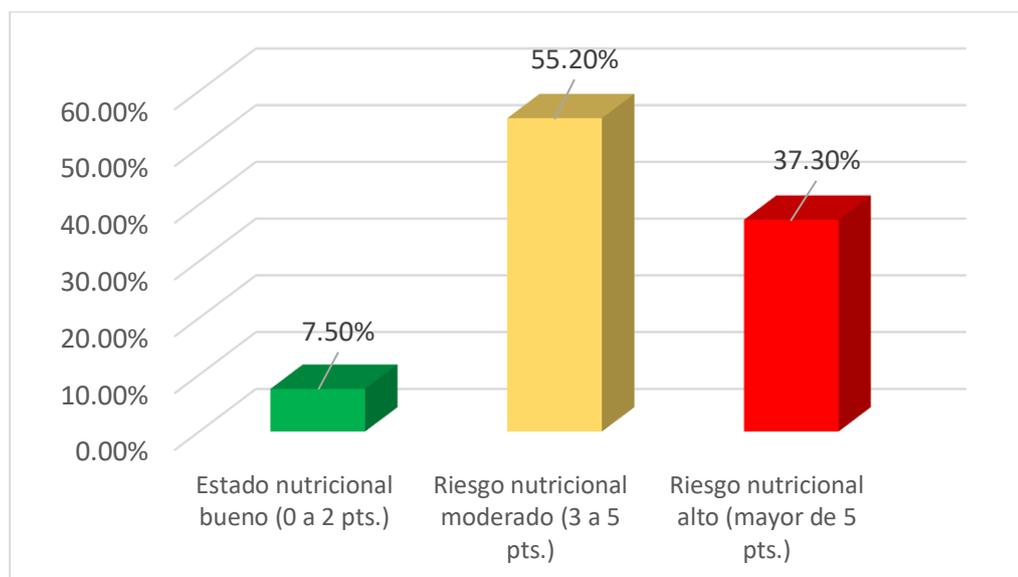
IV.a. Resultados:

Tabla 1
Datos generales de los Adultos Mayores
del Centro De Salud Fonavi IV Ica
diciembre 2019

Ítems	Categorías	n=67	%
Edad	60 a 69 años	27	40
	70 a 79 años	24	36
	80 años a más	16	24
Sexo	Femenino	38	57
	Masculino	29	43
Grado de instrucción	Primaria	48	72
	Secundaria	17	25
	Superior	02	03
Procedencia	Costa	44	66
	Sierra	23	34
Estado civil	Soltero	02	03
	Casado o conviviente	31	46
	Divorciado	08	12
	Viudo	26	39
Total general		67	100

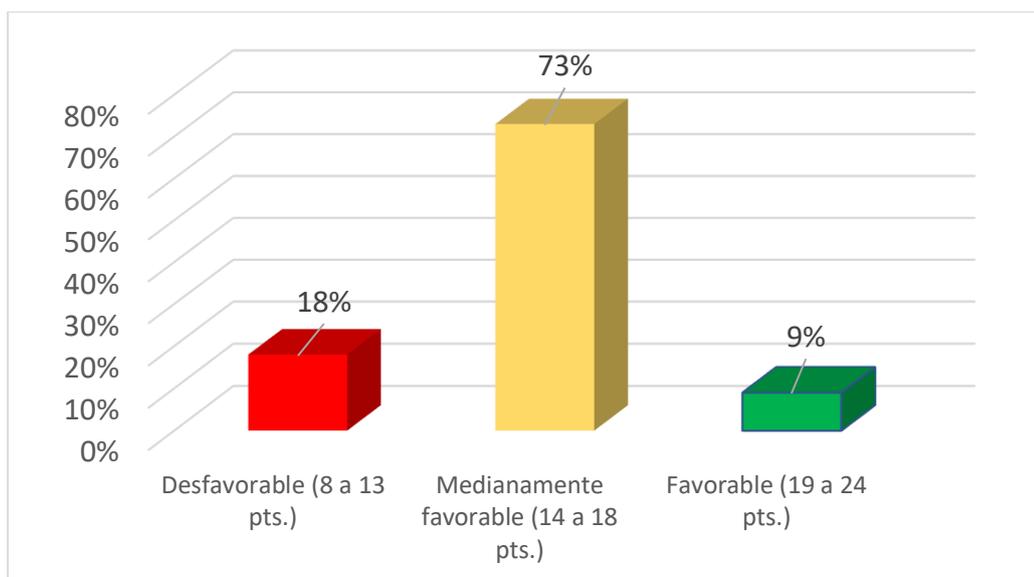
Según los datos demográficos de los adultos mayor de Fonavi IV, se observa que el 40% (27) tienen de 60 a 69 años, el 57% (38) son de sexo femenino, el 72% (48) tienen instrucción primaria, el 66% (44) es de la costa y el 46% (31) son casados o convivientes.

Gráfico 1
Riesgo nutricional del adulto mayor del
Centro de salud Fonavi IV Ica
según test de Determine
diciembre 2019



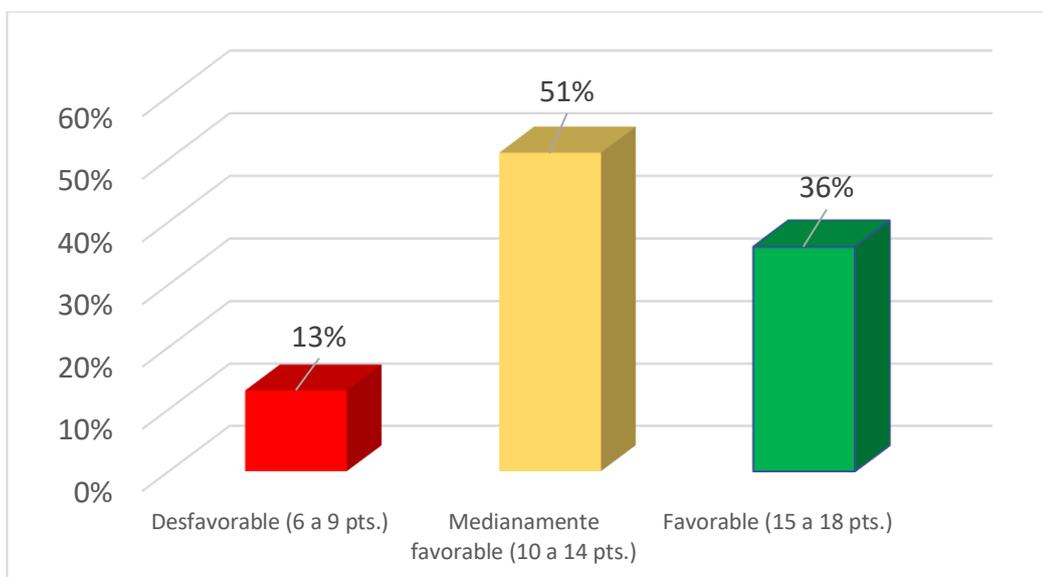
Respecto al riesgo nutricional de adulto mayor, se observa que el 55,20% (37) tienen un riesgo nutricional moderado, el 37,30% (25) tienen riesgo nutricional alto y solo el 07,50% (05) tienen un estado nutricional bueno.

Gráfico 2
Entorno familiar del adulto mayor según
dimensión relaciones centro
de salud Fonavi IV Ica
diciembre 2019



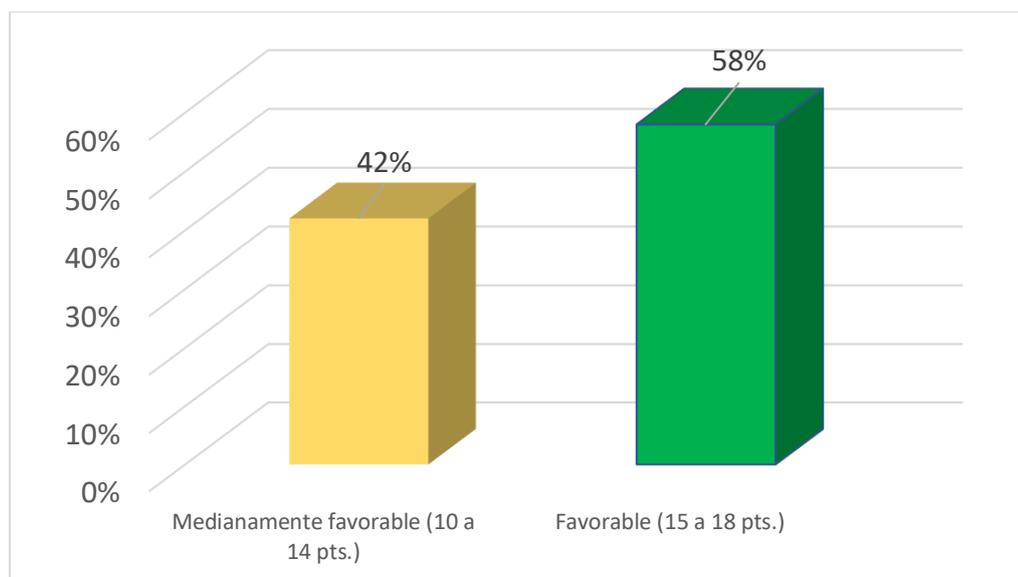
Respecto al entorno familiar del adulto mayor según la dimensión relaciones, es medianamente favorable en el 73% (49), desfavorable en el 18% (12) y solo en el 09% (06) es favorable.

Gráfico 3
Entorno familiar del adulto mayor según
dimensión desarrollo centro
de salud Fonavi IV Ica
diciembre 2019



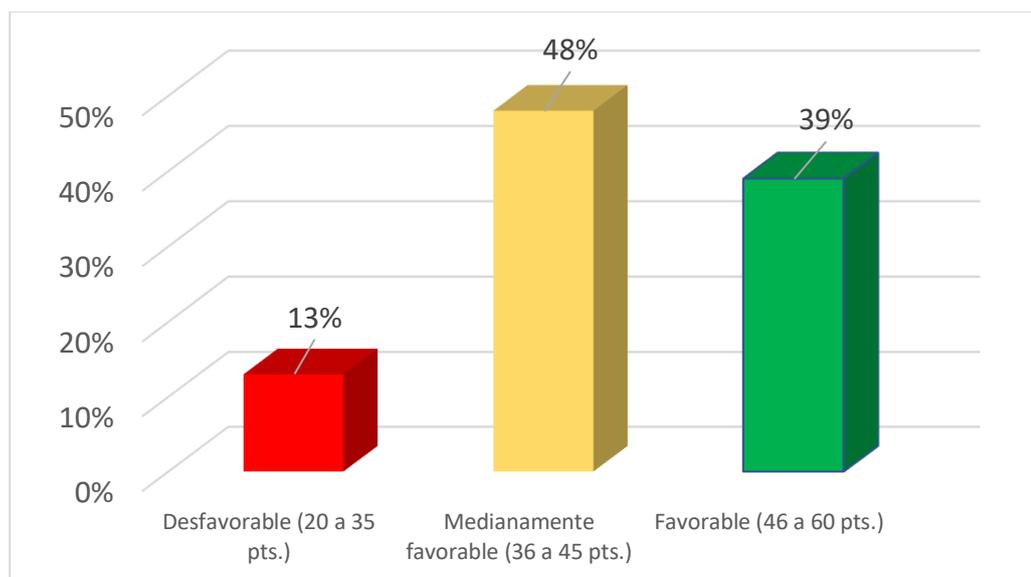
Según la dimensión desarrollo, el entorno familiar del adulto mayor es medianamente favorable en el 51% (34), favorable en el 36% (24) y desfavorable en el 13% (09).

Gráfico 4
Entorno familiar del adulto mayor según
estabilidad relaciones centro
de salud Fonavi IV Ica
diciembre 2019



Según la dimensión estabilidad, el entorno familiar de los adultos mayores es favorable en el 58% (39) y medianamente favorable en el 42% (28).

Gráfico 5
Entorno familiar del adulto mayor según
Escala de Moos relaciones centro
de salud Fonavi IV Ica
diciembre 2019



El entorno familiar del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV, según la escala de Moos, es medianamente favorable en el 48% (32), favorable en el 39% (26) y desfavorable en el 13% (09).

IV.b. Discusión:

Tabla 1: Según los datos demográficos de los adultos mayor de Fonavi IV, se observa que el 40% tienen de 60 a 69 años, el 57% son de sexo femenino, el 72% tienen instrucción primaria, el 66% es de la costa y el 46% son casados o convivientes.

Resultados similares a los de Astocaza¹⁴ quien estudió un grupo de y refiere que “el 45% tienen entre 60 a 65 años, el sexo que predominó fue el femenino con el 75%, el 40% refirieron estar casados, en tanto el 60% sí sufre de alguna enfermedad, así mismo el 50% sí toman medicamento”.

Respecto a la edad, se puede considerar que los adultos se encuentran entre una edad en que todavía muchos de ellos pueden realizar por sí solos sus actividades básicas de la vida diaria, como preparar su alimentos y alimentarse, así como para mantener unas relaciones adecuadas dentro del núcleo familiar; según el sexo es sabido a través de las estadísticas, que existen más mujeres que varones, y por su naturaleza la mujer por lo general a medida que envejece es aún más independiente que el varón, y tiende a desarrollar sus actividades mejor que el varón.

Gráfico 1: Respecto al riesgo nutricional de adulto mayor, se observa que el 55,20% tienen un riesgo nutricional moderado, el 37,30% tienen riesgo nutricional alto y solo el 07,50% tienen un estado nutricional bueno.

Hallazgos similares a los que encontraron Deossa et al.¹¹ donde “cerca de una tercera parte de los adultos mayores evaluados presentaron riesgo de malnutrición (más mujeres que hombres) y más del 10% se encontraba con malnutrición (más hombres que mujeres)”.

Así también Montalbán y Nima¹² manifiestan que “el 68% de los adultos mayores que conforman al estudio se encuentran en riesgo

de malnutrición, el 28% en estado nutricional normal y el 4% en malnutrición”. También Rosas³ refiere que “el mayor porcentaje 60,1% está en riesgo de malnutrición, el 31,8%, tiene un estado nutricional normal y el 8,1% tiene malnutrición”.

El estudio guarda relación con los resultados de un estudio realizado en puno, en el cual se menciona que “95% están en riesgo de desnutrición y desnutridos en la zona rural; mientras de la zona urbana el 91% presenta riesgo de desnutrición y desnutridos”⁶.

Casi todos los estudios muestran resultados en los que se observa riesgo nutricional en los adultos mayores, e incluso estado de desnutrición y malnutrición; lo que hace suponer que el proceso de envejecimiento trae consigo muchos problemas de salud, padecimientos de enfermedades, problemas de la cavidad bucal, la falta de recursos económicos, la soledad y la disminución en la condición física de la persona, se transforman en factores que van a poner en riesgo la alimentación en este grupo etario.

Por lo que durante la atención integral que se le brinda al adulto mayor, se debe realizar una detección de los factores de riesgo, para iniciar una interacción enfermera-adulto mayor, que eduque al usuario, a que participe más activamente de su autocuidado, dándole las pautas y herramientas necesarias para ese fin.

Gráfico 2: Respecto al entorno familiar del adulto mayor según la dimensión relaciones, es medianamente favorable en el 73%, desfavorable en el 18% y solo en el 09% es favorable.

Resultados que guardan relación con los de Figueroa y Guzmán¹³, quienes manifiestan que “el apoyo emocional percibido por los adultos mayores es parcialmente suficiente”.

El adulto mayor se encuentra en una etapa donde el apoyo de la familia, en la comunicación tanto entre padres e hijos, así como la comunicación con la pareja, al momento de que pueda expresar sus

sentimientos, son necesarios para mantener un entorno familiar adecuado y que ofrezca al adulto mayor, la seguridad de vivir en un medio agradable.

Gráfico 3: Según la dimensión desarrollo, el entorno familiar del adulto mayor es medianamente favorable en el 51%, favorable en el 36% y desfavorable en el 13%.

Resultados similares a los de Figueroa y Guzmán¹³, quienes refieren que “el apoyo informativo familiar percibido por los adultos mayores es insuficiente”.

Al respecto, la familia debe respetar la capacidad del adulto mayor de tomar sus propias decisiones, de poder lograr sus metas, de compartir los mismos objetivos, de tener tiempo para la recreación, así como de compartir los mismos valores; estos aspectos han de reforzar el vínculo familiar del adulto mayor y ofrecerle un medio equilibrado que permita que le permita desarrollarse de acuerdo con sus limitaciones.

Gráfico 4: Según la dimensión estabilidad, el entorno familiar de los adultos mayores es favorable en el 58% y medianamente favorable en el 42%.

También datos similares a los de Figueroa y Guzmán¹³, quienes encontraron que “el apoyo instrumental es percibido por los adultos mayores como suficiente”.

La estabilidad que al adulto mayor perciba en su hogar, le dará seguridad y podrá ser un complemento adecuado para lograr un desarrollo personal y por ende unas relaciones afectuosas con sus familiares.

El familiar debe contribuir para organizar su tiempo y pueda cumplir sus labores, deben participar en la prevención de enfermedades que puedan atacar al adulto mayor, en caso de caer enfermos, la familia debe ser el soporte y animarlos al cumplimiento del tratamiento que

el médico indique, deben participar y estar pendientes de su alimentación y en general de su estado de salud.

Gráfico 5: El entorno familiar del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV, según la escala de Moos, es medianamente favorable en el 48%, favorable en el 39% y desfavorable en el 13%.

Resultados que guardan relación con los de Jiménez et al.¹⁰ quienes manifiestan que “la percepción de apoyo familiar por género con la prueba U de Mann Whitney, este fue mejor para las mujeres (puntaje 9), que para los hombres (puntaje 8.3), y con Lawton Brody las mujeres mostraron menor dependencia (puntaje 6.37) que los hombres (puntaje 5.38)”.

Resultados que también guardan similitud con los de Astocaza¹⁴, quien manifiesta que “Según la variable factor socio familiar, de acuerdo a sus dimensiones: de situación familiar el 43% fue regular; situación económica el 40% fue regular; vivienda el 57% fue regular; relaciones sociales el 42% fue regular; apoyo de la red social el 57% fue regular. Los factores socio familiares global en el 48% fueron regulares, 27% malas y el 25% buenas. De acuerdo a la variable de satisfacción vital en las dimensiones: de automotivación el 50% fue regular; auto apreciación el 50% fue regular; bienestar emocional el 35% fue regular; bienestar social el 55% fue regular; estado mental el 42% fue mala. El nivel de satisfacción global, el 43% fue regular, 32% mala y el 25% buena”.

Salamanca et al.⁹, mencionan en su estudio que para los adultos mayores el envejecimiento es una etapa de pérdida, abandono y sufrimiento. Para la familia, es una etapa muy difícil cuando no se tiene condiciones socioeconómicas suficientes, se requiere apoyo y aceptación de los cambios producidos en el adulto mayor. Para los cuidadores de los centros de vida, es una etapa que requiere mucho apoyo de la familia y la sociedad.

Existen muchos adultos mayores que no tienen el privilegio de gozar de una familia, es allí donde el profesional de enfermería debe participar para brindar orientación sobre todos los aspectos importantes que el adulto debe conocer para mantener su salud en un estado adecuado, de ser contactar con la familia del adulto mayor, para que se integre y se haga responsable de su cuidado.

En caso de adultos mayores abandonados y que viven solos y requieran de otra persona para satisfacer sus necesidades básicas, el profesional de la salud debe coordinar con instituciones como la beneficencia pública, para institucionalizar al adulto en centros especializados, de esa manera integrarlo a un grupo humano en el cual pueda compartir actividades y vivencias con personas de su edad y que tienen los mismos objetivos.

El objetivo es brindar al adulto mayor, las condiciones y entorno para que pueda envejecer con dignidad.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. Conclusiones:

- 1.- El riesgo nutricional según el Test Determine del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV Ica diciembre 2019 es moderado.
- 2.- El entorno familiar del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV Ica diciembre 2019 según relaciones y desarrollo es medianamente favorable, según estabilidad es favorable.

V.b. Recomendaciones:

- 1.- Las recomendaciones van dirigidas a los profesionales de enfermería del centro de salud, para que en el establecimiento se realice la captación a los adultos mayores para ofrecerles una atención integral, en vista de que algunos van por consulta médica y no se le ofrece el paquete de atención completo que le corresponde, se sugiere que sea una exigencia realizar a todos los adultos mayores, una valoración nutricional, para lo cual se encuentra a disposición muchos instrumentos, de esta manera se realizará una detección de riesgo nutricional oportunamente y se puede corregir el problema. Además de esas actividades, se sugiere agrupar a los adultos mayores para realizar actividades educativas respecto al tipo, frecuencia, cantidad de alimentos que deben ingerir, así como a la forma de preparar los alimentos más fáciles y nutritivos, ofrecerles alternativas de menú para una semana, acorde a la situación económica que posee cada persona o familia.

- 2.- Para mejorar el entorno familiar del adulto mayor, se recomienda al profesional de enfermería que tiene empadronado a su población, realizar visitas domiciliarias con el fin de hacer un seguimiento a los usuarios mayores de edad, trabajar con la familia y hacerles entender que el adulto mayor es una de las personas vulnerables al igual que los niños, por ello es muy importante que se le brinde el apoyo fundamentalmente en aquellas actividades que el adulto mayor lo requiera, orientar a la familia a que el adulto mayor participe y se relacione con todos los integrantes de la familia, permitiéndole expresar sus pensamientos y sentimientos, dejar que tome algunas decisiones respecto de su vida, como también hacerlo partícipe del cuidado de su salud, alimentación, tratamientos médicos y mantener con él una buena comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Envejecimiento y salud. Centro de prensa. Nota descriptiva. [En línea] setiembre 2015 [Fecha de acceso 15 noviembre del 2017]. URL. disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/
2. OMS. Malnutrición. Centro de prensa. Nota descriptiva. [En línea] mayo 2017 [Fecha de acceso 15 noviembre del 2017]. URL. disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/es/
3. Rosas G. Valoración nutricional de las personas mayores de 60 años de la ciudad de Pasto, Colombia. Rev. Ciencia y Enfermería XXXIII (3). [En línea] 2017 [Fecha de acceso 5 diciembre del 2019]. URL. disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n3/0717-9553-cienf-23-03-00023.pdf>.
4. Gonzales R. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río, Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr vol.31 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2015. [en línea] [fecha de acceso 30 setiembre 2016]. URL. Disponible en: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/printerFriendly/1993/html_303
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Población Peruana. Resumen Estadístico. Lima; [en línea] 2013. [fecha de acceso 30 noviembre 2017]. URL. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
6. Coylo N. Comparación del estado nutricional en adultos mayores provenientes de zonas urbanas y rurales hospitalizados en el servicio de medicina del hospital de Quillabamba. [Tesis de licenciatura]. [En línea] 2016 [Fecha de acceso 5 diciembre del 2019]. URL. disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3474/Coylo_Mayta_Norma.pdf?sequence=1.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aumenta el maltrato a las personas de edad. [En línea] 2017 [Fecha de acceso 5 diciembre del

- del 2019]. URL. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Adultos mayores de 70 años de edad, que viven solos. [En línea] 2018 [Fecha de acceso 5 diciembre del 2019]. URL. disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1577/Libro01.pdf.
 9. Salamanca M, Velasco J, Díaz C. Entorno familiar del adulto mayor de los centros vida de la ciudad de Villavicencio, Colombia. [En línea] 2017 [Fecha de acceso 18 marzo del 2022]. URL. disponible en: DOI: <https://doi.org/0.11144/Javeriana.ie21-1.efam>.
 10. Jiménez B, Baillet-Esquivel L, Ávalos-Pérez F, Campos-Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. México. [en línea] [fecha de acceso 03 diciembre 2017]. URL. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.08.002>
 11. Deossa G, Restrepo-Vetancur R, Velásquez-Vargas J, Varela-Álvarez D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el mini nutritional assessment: mna. Colombia. [en línea] [fecha de acceso 03 diciembre 2017]. URL. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n3/v18n3a09.pdf.
 12. Montalbán A, Nima M. Valoración del estado nutricional de los adultos mayores del CAP III Metropolitano EsSalud Piura durante marzo a junio [Tesis de licenciatura]. [En línea] 2017 [Fecha de acceso 5 diciembre del 2019]. URL. disponible en: http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/573/Montalban_Nima_tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 13. Figueroa L, Guzmán L. Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima metropolitana. Perú. [tesis licenciatura] [en línea] [fecha de acceso 03 diciembre 2017]. URL. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6146>.

14. Astocaza R. Factores socio familiares y nivel de satisfacción vital de los adultos mayores de 60 a 80 años del Puesto de Salud Señor de Luren, Ica diciembre 2016. [tesis licenciatura] [en línea] [fecha de acceso 03 diciembre 2017]. URL. Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1428?show=full>.
15. Marín M, Pico M. Fundamentos de salud ocupacional. 1era ed. Colombia-Editorial Universidad de Caldas. 2004. p. 27. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en:
https://books.google.com.co/books/about/Fundamentos_en_salud_ocupacional.html?id=mnwHhEGtba4C&redir_esc=y
16. Planas M, Álvarez J, Culebras J, García A, León M, Maldonado J, Mesejo A. et al. Tratado de nutrición. 2da ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2010. p.904. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=561427>
17. Organización Panamericana de la Salud. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. [en línea] [fecha de acceso 05 diciembre 2019]. URL. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/V/S/PP/ENT/valoracion-nutricional-persona-adulta-mayor.pdf>
18. Contreras C. Riesgo nutricional del adulto mayor. Bogotá 2016. [en línea] [fecha de acceso 9 diciembre 2017]. URL. Disponible en:
agasoluciones.co/.../RIESGO%20NUTRICIONAL%20DEL%20ADULTO%20MAYO...
19. Cuideo. Desnutrición en adultos mayores: Signos de alerta y riesgos. [En línea] 2017 [Fecha de acceso 18 marzo del 2020]. URL. disponible en: <https://cuideo.com/blog-cuideo/desnutricion-en-adultos-mayores-signos-de-alerta-y-riesgos/>
20. Montejano A, Ferrer R, Clemente G, Martínez-Alzamora N, Quiles A, Ferrer E. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. [en línea] 2014 [fecha de acceso 18 marzo 2020]. URL. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7829>.

21. Cuidum. Alimentación: su importancia durante el envejecimiento. [en línea] 2014 [fecha de acceso 18 marzo 2020]. URL. Disponible en: <https://www.cuidum.com>.
22. Ramos P. Guía de Alimentación y Nutrición. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Edit. Medirest. Pg-21. [en línea] 2014 [fecha de acceso 18 marzo 2020]. URL. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/Factores%20de%20riesgo%20nutricional%20en%20mayores%20institucionalizados-1.pdf>.
23. Novoa P, Seclen F. Factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016. [en línea] 2014 [fecha de acceso 18 marzo 2020]. URL. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3031/Novoa%20%20Sandoval%20-%20Seclen%20Falen.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
24. Gans W, Savelle R, Gal N, Dahl W; traducido por Daniela Rivero-Mendoza. Pérdida de peso y los adultos mayores: Riesgos y beneficios. Universidad de la Florida. [en línea] 2019 [fecha de acceso 18 marzo 2020]. URL. Disponible en: <https://edis.ifas.ufl.edu/pdf/FS/FS41400.pdf>.
25. Ramos P. Guía de Alimentación y Nutrición. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Edit. Medirest. [en línea] 2019 [fecha de acceso 18 marzo 2020]. URL. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/Factores%20de%20riesgo%20nutricional%20en%20mayores%20institucionalizados-1.pdf>.
26. OPS-OMS. Valoración nutricional de adulto mayor. Módulo 5. P 64-65. [en línea] [fecha de acceso 9 diciembre 2017]. URL. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf.

27. Serrano J. El papel de la familia en el envejecimiento activo. Madrid 2013. Informe TFW 2013-2. [en línea] [fecha de acceso 13 diciembre 2017]. URL. Disponible en:
<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
28. Peña J, Macías N, Morales F. Manual de práctica básica del adulto mayor. 2da. ed. México – Editorial El Manual Moderno. 2011. p.7. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en:
<http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/50915.pdf>
29. Organización Mundial de la Salud. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en:
https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf.
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Adultos mayores de 70 años de edad, que viven solos. [en línea] 2018 [fecha de acceso 05 diciembre 2019]. URL. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1577/Libro01.pdf.
31. El Peruano. Ley de la Persona Adulta Mayor – Ley N°30490. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2022]. URL. Disponible en:
<https://lpderecho.pe/ley-persona-adulta-mayor-ley-30490/>
32. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev. Gaceta Médica Espirituana. Vol.19, No. 3 (2017). [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>.
33. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en: DOI:
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.4.248>.

34. Montoya C. Aplicación del concepto de riesgo en salud materno-infantil. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10758/v77n2_p93.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
35. Agencia Española de seguridad alimentaria. Evaluación de riesgos nutricionales. Barcelona. [en línea] 2020 [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en:
http://www.infoalimentacion.com/documentos/evaluacion_riesgos_nutricionales.htm.
36. Hernández R. Metodología de la investigación. [en línea] 2017 [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en:
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
37. Bernal C. Metodología de la investigación. 8va. edición. Ecuador: mcgraw-hill; [internet].2012 [acceso 9 octubre de 2023]; disponible en:
<https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/el-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-f.g.-arias-2012-pdf.pdf>
38. Chávez N. Estudio prospectivos. Rev [internet].2018[acceso 9 octubre de 2023]; 134. Disponible en:
<http://virtual.urbe.edu/tesispub/0031215/cap03.pdf>
39. Cruz V, Moreno A. Estudios transversales. En: Villa A, Moreno L, García G. Epidemiología y estadística en Salud Pública. México: Mc Graw Hill. 2006. [internet]. [acceso 27 de noviembre 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1464>
40. Sotelo M. Clima familiar y nivel de autoestima en pacientes de 18 a 59 años con Tuberculosis que asisten al Centro de Salud La Tinguña, Ica-junio 2014. Biblioteca de la Universidad Privada San Juan Bautista.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández R. Metodología de la investigación. [en línea] 2017 [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- 41. Gonzales R. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río, Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr vol.31 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2015. [en línea] [fecha de acceso 30 setiembre 2016]. URL. Disponible en: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/printerFriendly/1993/html_303
- Marín M, Pico M. Fundamentos de salud ocupacional. 1era ed. Colombia-Editorial Universidad de Caldas. 2004. p. 27. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en: https://books.google.com.co/books/about/Fundamentos_en_salud_ocupacional.html?id=mnwHhEGtba4C&redir_esc=y
- Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev. Gaceta Médica Espirituana. Vol.19, No. 3 (2017). [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>.
- Peña J, Macías N, Morales F. Manual de práctica básica del adulto mayor. 2da. ed. México – Editorial El Manual Moderno. 2011. p.7. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en: <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/50915.pdf>
- Planas M, Álvarez J, Culebras J, García A, León M, Maldonado J, Mesejo A. et al. Tratado de nutrición. 2da ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2010. p.904. [en línea] [fecha de acceso 18 febrero 2020]. URL. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=561427>

- Rosas G. Valoración nutricional de las personas mayores de 60 años de la ciudad de Pasto, Colombia. Rev. Ciencia y Enfermería XXXIII (3). [En línea] 2017 [Fecha de acceso 5 diciembre del 2019]. URL. disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n3/0717-9553-cienf-23-03-00023.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Riesgo nutricional.	Es el desbalance de la ingesta de nutrientes y del gasto calórico proteico para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas.	Es la probabilidad de que el adulto mayor padezca de inadecuada (en exceso o déficit) ingesta de nutrientes para satisfacer las necesidades de energía habitual, información que se obtendrá con la aplicación de una entrevista.	Test de Determine.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad que padece • Menos de dos comidas • Pocas frutas, verduras y lácteos • Consumo de licor. • Problemas dentales • No disponer de dinero • Comer solo 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional bueno. • Riesgo nutricional moderado. • Riesgo nutricional alto.

				<ul style="list-style-type: none">• Consumo de medicamentos• Pérdida o ganancia de peso• Condición física.	
--	--	--	--	--	--

			Estabilidad	<ul style="list-style-type: none">- Compartimos objetivos- Metas de auto realización- Tiempo para la recreación- Objetivos establecidos para el futuro- Prácticas de valores permanentes - Cumplimiento de su labor- Medidas preventivas- Apoyo mutuamente	
--	--	--	-------------	---	--

				<ul style="list-style-type: none">- Tratamiento- Alimentación adecuada- Pendiente de estado de salud.	
--	--	--	--	---	--

ANEXO N°2
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
RIESGO NUTRICIONAL Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FONAVI IV ICA
DICIEMBRE 2019

Presentación: Sr. (a), tenga buen día, mi nombre Cinthia Castro, soy Bachiller de enfermería de la Universidad San Juan Bautista de Ica, y estoy recogiendo información para conocer si existe riesgo nutricional y como es su entorno familiar, la información será confidencial y no afectará en nada su situación de salud ni la de su familia.

Instrucciones: A continuación, le realizaré algunas preguntas, las cuales usted responderá de acuerdo a su opinión; muchas gracias por su participación.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

- a. 60 a 69
- b. 70 a 79
- c. 80 a más

2. Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

3. Grado de instrucción:

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior

4. Procedencia:

- a. Costa
- b. Sierra
- c. Selva

5. Estado civil:

- a. Soltero
- b. Casado o conviviente

c. Divorciado

d. Viudo

II. DATOS ESPECÍFICOS:

TEST DE DETERMINE (RIESGO NUTRICIONAL)	SI	NO
Padece de una enfermedad o condición que le hizo cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consume		
Consume menos de 2 comidas diarias		
Consume pocas frutas, verduras y productos lácteos.		
Consume 3 o más vasos de cerveza, licor o vino diariamente		
Tiene problemas dentales o bucales que dificultan su alimentación		
No siempre dispone del dinero suficiente para adquirir los alimentos que necesita		
Come a solas la mayoría de las veces		
Toma al día tres o más medicinas diferentes, con o sin receta.		
Sin habérselo propuesto, ha perdido o aumentado 5 kilos en los últimos 6 meses		
No siempre se encuentra en condiciones físicas de hacer las compras, cocinar y/o alimentarse por sí mismo		

ENTORNO FAMILIAR ESCALA DE MOOS				
	RELACIONES	Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
1	Su familia le ha demostrado su apoyo en todo momento			
2	En casa hablan abiertamente de lo que les parece o quieren.			
3	Los miembros de su familia expresan sus sentimientos sin dificultades.			
4	La comunicación entre los esposos (o padres) es óptima.			
5	La comunicación entre padres e hijos es óptima.			
6	La comunicación les permite tomar decisiones en conjunto sin dificultades.			
7	Su enfermedad no interfiere en la comunicación de los integrantes de mi familia.			
8	Cuando hay discusiones familiares suelen pasar rápidamente.			
	DESARROLLO	Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
9	Cada miembro de su familia tiene la capacidad de tomar decisiones propias.			
10	Los miembros de su familia comparten los mismos objetivos.			

11.	Su familia lo anima a perseguir metas de autorrealización.			
12	En su familia consideran tiempo para recreación.			
13.	A pesar de su enfermedad tiene sus objetivos bien establecidos para el futuro.			
14.	En su familia hay práctica de valores permanentemente.			
	ESTABILIDAD	Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
15	Cada miembro organiza bien su tiempo en el cumplimiento de su labor.			
16	Los miembros de su familia han cumplido con las medidas preventivas frente a la enfermedad.			
17	Los miembros de su familia pasan tiempo juntos que les permite conversar, compartir y apoyarse mutuamente.			
18	Sus familiares le animan a seguir y culminar con el tratamiento que le indica el médico.			
19	Su familia está pendiente de su alimentación adecuada.			
20	Los miembros de su familia están pendientes de su estado de salud.			

ANEXO N°3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

VARIABLE RIESGO NUTRICIONAL SEGÚN KR-20

La confiabilidad de la primera variable se realizó a través de la fórmula del coeficiente de Kuder Richardson (KR-20) cuya fórmula es:

$$KR - 20 = \left(\frac{k}{k - 1} \right) * (Vt - \Sigma p. q) / Vt)$$

Donde:

- KR-20: Coeficiente de confiabilidad
- K: Número de ítems
- Vt: Varianza del total
- N: Número de participantes
- TRC: Total de respuestas correctas
- p: TRC/N
- q: 1-p.
- $\Sigma p. q$: Sumatoria de $p \times q$.

Obteniéndose:

KR-20: 0,676

KR-20: 0,7.

En vista de encontrarse en el rango de 0,61 a 0,80, la confiabilidad del instrumento es alta.

VARIABLE ENTORNO FAMILIAR SEGÚN EL ALFA DE CRONBACH

La confiabilidad del instrumento de la segunda variable se realizó a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

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

Donde:

- K = número de ítems
- S_i^2 = la varianza de los ítems
- S_t^2 = la varianza de la suma de los ítems

Obteniéndose:

Coeficiente de Alfa de Cronbach = 0,886

Coeficiente de Alfa de Cronbach = 0,9.

Por lo tanto, el instrumento es altamente confiable.

ANEXO N°4
ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO

Variable Riesgo Nutricional	
Estado nutricional bueno	De 0 a 2 puntos
Riesgo nutricional moderado	De 3 a 5 puntos
Riesgo nutricional alto	Mayor de 5 puntos

Variable Entorno Familiar	
Favorable	46 a 60 puntos
Medianamente Favorable	36 a 45 puntos
Desfavorable	20 a 35 puntos

ANEXO N°5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(ra), me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: “RIESGO NUTRICIONAL Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FONAVI IV ICA DICIEMBRE 2019”. Antes que Usted acepte participar en el estudio se le ha tenido que explicar lo siguiente: Propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para que finalmente Usted pueda aceptar la participación de su hijo (a) de manera libre y voluntaria.

Propósito del estudio:

El propósito estudio de investigación es conocer el riesgo nutricional y el entorno familiar del adulto mayor del Centro de Salud Fonavi IV Ica diciembre 2019.

Riesgos:

El estudio de investigación trabajará con cuestionarios debidamente identificados, no se realizará ningún otro tipo de evaluación. Por tanto, se considera que el estudio no representa ningún riesgo para el participante, cualquier consulta puede realizarla a Cinthia Castro Escalante con celular número 942991066 y correo Cinthia.castro@upsjb.edu.pe.

Asimismo, el trabajo de investigación y sus anexos han sido evaluados y aprobados por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista, podrá contactarse si tiene alguna duda con el Mg. Juan Antonio Flores Tumba (Presidente del CIEI) a su correo institucional: antonio.flores@upsjb.edu.pe

Beneficios:

El estudio no representa beneficios económicos para los participantes, es decir no se otorgará ningún pago por su participación. La información

brindada de manera veraz ofrecerá datos que pueden utilizarse para gestionar soluciones acordes a la realidad estudiada.

Confidencialidad:

Para efectos de la investigación, la única persona autorizada para el acceso a la información será la investigadora, para efectos posteriores se procederá a colocar Código de Identificación (ID) que consistirá en un número correlativo, lo que permitirá la elaboración de la base de datos, para el posterior análisis estadístico, la cual será conservada de manera confidencial.

Por lo tanto, yo _____, manifestó que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad para participar en el estudio.

_____	_____
Nombre y Apellidos del participante	Firma
_____	_____
Nombre y Apellidos del investigador	Firma

Comité de Ética Institucional de Investigación:

Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono (01) 748 2888 o al correo ciei@upsjb.edu.pe