

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES
EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR, QUE ACUDE AL
CENTRO DE SALUD EL VALLE. CUENCA 2016**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Segovia Clavijo Ana Cristina
Tenesaca Tenesaca Tania Karina

DIRECTORA:

Lcda. Nube Janeth Clavijo Morocho

**CUENCA – ECUADOR
2016**



RESUMEN

Antecedentes: el proceso de envejecimiento evidencia una serie de cambios anatómicos, hormonales, funcionales, con un consecuente desequilibrio de órganos y sistemas ⁽¹⁾; que sumados a factores socioeconómicos y culturales deficientes disminuye de manera progresiva su calidad de vida, incrementando así el riesgo de desnutrición ^{(2) (3)}.

Objetivo: determinar el impacto de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional del adulto mayor, que acude al centro de salud El Valle. Cuenca, 2016.

Metodología: se realizó una investigación cuantitativa tipo descriptiva, se trabajó con una muestra de 159 adultos mayores, como técnica se utilizó una encuesta elaborada por las autoras y como instrumento la escala de valoración *Mini Nutritional Assessment*. La recolección y organización de la información se realizó a través del programa SPSS versión 22 y Microsoft Excel y presentados en tablas descriptivas.

Conclusión: de los 159 adultos mayores, 64 usuarios cumplieron con el puntaje necesario para aplicar la escala de valoración nutricional MNA global; estableciéndose que, la prevalencia de desnutrición fue del 9,4% y el 62,5% presentó riesgo de desnutrición, por lo cual determinamos que el conjunto de factores socioeconómicos influyen directamente en el estado nutricional, ya que el 70,3% de los adultos mayores adquieren un ingreso mensual económico bajo comprendido entre 0-99 dólares; y el 78,1% tienen una escolaridad de primaria incompleta. No se relaciona estadísticamente la influencia cultural en alteraciones del estado nutricional.

Palabras claves: FACTORES SOCIOECONOMICOS, FACTORES CULTURALES, ESTADO NUTRICIONAL, ADULTO MAYOR.



ABSTRACT

Background: The aging process manifests a number of changes in the body as anatomical, hormonal, functional, causing imbalance of various organs and systems ⁽¹⁾; coupled with poor socio-economic and cultural factors, progressively decreases their quality of life, thus increasing the risk of malnutrition ⁽²⁾⁽³⁾.

Objective: To determine the impact of those factors socio-economic and cultural in the nutritional status of them elderly, who came to “El Valle” Health Center. Cuenca 2016.

Methodology: A descriptive quantitative research was carried out, a sample of 159 older adults was used, as a technique was used a survey elaborated by the authors and as an instrument the scale of assessment Mini Nutritional Assessment. The collection and organization of the information was done through the program SPSS version 22 and Microsoft Excel and presented in descriptive tables.

Conclusion: Of the 159 older adults, 64 users met the necessary score to apply the global MNA nutritional assessment scale. It was established that the prevalence of malnutrition was 9.4% and 62.5% presented a risk of malnutrition. Therefore, we determined that all socioeconomic factors directly influence nutritional status, since 70.3% of the Older adults studied earn a low monthly income of between 0-99 dollars; and 78.1% had incomplete primary school education. The cultural influence in nutritional status is not statistically related.

Keywords: SOCIOECONOMIC FACTORS, CULTURAL FACTORS, NUTRITIONAL STATUS, ELDERLY.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I.....	12
INTRODUCCIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACION.....	13
CAPITULO II.....	15
2. MARCO TEORICO	15
CAPITULO III.....	24
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 OBJETIVO GENERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
CAPITULO IV.....	25
4. Diseño metodológico.....	25
CAPÍTULO V.....	30
5.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	30
5.2 DISCUSIÓN.....	53
5.3 CONCLUSIONES.....	56
5.4 RECOMENDACIONES	58
CAPITULO VI.....	59
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
CAPITULO VII.....	64
7. ANEXOS.....	64



DERECHOS DE AUTOR

Yo, **Ana Cristina Segovia Clavijo**, en calidad de autora del proyecto de investigación realizada sobre **“IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR, QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD EL VALLE. CUENCA 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 7 de Octubre de 2016

Ana Cristina Segovia Clavijo

0105770762



DERECHOS DE AUTOR

Yo, **Tania Karina Tenesaca Tenesaca**, en calidad de autora del proyecto de investigación realizada sobre **“IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR, QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD EL VALLE. CUENCA 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 7 de Octubre de 2016


Tania Karina Tenesaca Tenesaca
0105710347



RESPONSABILIDAD

Yo, **Ana Cristina Segovia Clavijo**, autora del proyecto de investigación **“IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR, QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD EL VALLE. CUENCA 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores

Cuenca, 7 de Octubre de 2016

Ana Cristina Segovia Clavijo

0105770762



RESPONSABILIDAD

Yo, **Tania Karina Tenesaca Tenesaca**, autora del proyecto de investigación **“IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR, QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD EL VALLE. CUENCA 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 7 de Octubre de 2016


Tania Karina Tenesaca Tenesaca
0105710347



DEDICATORIA

A Dios por sus bendiciones, por estar conmigo en cada paso que he dado, cuidándome y dándome fortaleza en el camino recorrido.

A mis padres quienes con su sabiduría, valores, esfuerzo y apoyo incondicional me acompañaron, guiaron y no me dejaron desistir; en especial a mi madre quien constituyó el pilar imprescindible para mi formación profesional, por sus consejos y motivación constante que me ayudaron a confrontar los retos presentados, en ella tengo el mejor ejemplo pues sus virtudes y su gran corazón me hacen admirarla cada día más.

A mi hermano por ser mi compañero, mi orgullo y mi ejemplo a seguir, por su comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles, a mi hermana por estar siempre a mi lado, gracias por motivarme constantemente, y ser mis amigos incondicionales.

Cristina Segovia Clavijo



DEDICATORIA

A quienes prolongaron su existencia a través de mí, siendo testigos de cada paso dado. A ustedes que con su amor, ejemplo y ayuda me permitieron llegar hasta aquí, impulsándome a mejorar cada día, motivándome siempre. No me alcanzará la vida para agradecerles lo que forjaron en mí. Yo soy su reflejo, su prolongación y ustedes mi dádiva.

Al compañero de mi existencia, experiencias, anécdotas y juegos, a ti que eres mi ejemplo, tus motivaciones y comprensión me permitieron seguir, tenemos un vínculo especial, eres mi hermano, mi espejo y mi alegría.

A usted, a su frágil mente, que aunque llegue el momento en el que no me recuerde, lo hará con su intacta memoria del corazón, ejemplo de coraje, persistencia y cariño. Gracias por estar siempre pendiente de mí, por sus anécdotas que a más de alegrarme me motiva.

El logro no es solo mío, es de todos ustedes. Gracias por tanto.

Tania Karina Tenesaca



AGRADECIMIENTO

Este trabajo fue realizado gracias al apoyo de instituciones y personas a quienes agradecemos profundamente.

A nuestra Escuela de Enfermería que bajo su enseñanza nos permitió culminar nuestra carrera; así como elaborar el proyecto de tesis, al Centro de Salud “El Valle” y todos sus integrantes, quienes facilitaron el acceso y nos apoyaron en la valoración de los usuarios, a los adultos mayores que fueron el pilar fundamental de nuestra investigación, los mismos que con su dulzura y comprensión nos permitieron elaborar un trabajo prolijo.

A nuestra querida directora y asesora, Lcda. Janeth Clavijo, que con su guía, paciencia y dedicación nos supervisó cada paso de nuestro trabajo pudiendo llegar con éxito a la finalización del mismo, y a nuestros amigos y familiares que siempre estuvieron pendientes de nuestro progreso.

LAS AUTORAS



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso progresivo, individual y multifactorial, en el cual se desencadena una serie de cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos, que conjuntamente con los factores ambientales, socioeconómicos y culturales determinan el estado de salud del adulto mayor, si estos se encuentran alterados pueden desencadenar diversas patologías y desequilibrios nutricionales ⁽⁴⁾.

Los adultos mayores constituyen un grupo particularmente vulnerable a la malnutrición, la etiología de este gran síndrome geriátrico es multifactorial, viéndose implicados, además de los procesos fisiológicos propios del envejecimiento, factores de otra índole, como los socio-económicos, y aquellos secundarios a la pluripatología ⁽⁵⁾.

La malnutrición se emplea para abarcar la desnutrición y el riesgo de la misma, englobando el desequilibrio entre la alimentación, la ingesta de nutrientes y las necesidades relativas del cuerpo. Para lo cual se adhieren algunos factores como los socioeconómicos y culturales que están relacionados a la desnutrición como el drástico abandono de la actividad laboral, la pérdida de poder adquisitivo por las pensiones recibidas, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimenticios, el aislamiento y la soledad ⁽⁶⁾.

Según el INEC, la población de adultos mayores en nuestro país ha incrementado cuantiosamente, ya que la esperanza de vida ha ido en aumento, en el 2010, fue de 75 años, para el 2050 subirá a 80,5 años en promedio, para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres; por ello se hace necesario conocer la situación de los ancianos en el país, sus condiciones socioeconómicas y su influencia en el estado nutricional y de salud ^{(7) (8)}.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta alimentaria de los humanos está conformada socialmente. Por consiguiente los hábitos alimentarios se estructuran a través de la influencia familiar, del sistema educativo y cultural, de las relaciones sociales, de la publicidad en las redes y los medios de comunicación social ⁽⁹⁾.

Los cambios relacionados con el contenido y la variedad de la oferta alimentaria disponible hacia los hogares, así como en los estilos de vida, han contribuido de manera significativa al incremento en la desnutrición. Ya sea por exceso de ingesta calórica o por una dieta inadecuada en nutrientes esenciales, siendo controlados por las diferencias en la oferta de alimentos y factores socioeconómicos como la pobreza, la carencia, o escasa disponibilidad de recursos para poder acceder a los productos alimentarios nutritivos ⁽¹⁰⁾.

En el Ecuador en el 2010 existen 940.905 adultos mayores, de los cuales se estima que el 57.4% correspondiente a 537.421 personas, se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza ⁽¹¹⁾.

Cabe destacar que la residencia, la cultura, el nivel de instrucción, son condicionantes que los vuelven susceptibles a padecer alteraciones nutricionales por las características que cada factor engloba. De allí que influyen en el proceso de alimentación deficitaria de nutrientes, lo que les conlleva a la desnutrición y las diversas enfermedades que determinan una reducción en la expectativa de vida.- Siendo indiscutible la necesidad de controlar regularmente el estado nutricional de los adultos mayores para establecer estrategias de prevención del riesgo nutricional, promover y mejorar la calidad del anciano ⁽¹²⁾.

Por la relevancia del tema y la escasa bibliografía en nuestro medio, se pretende realizar este estudio que responda a la interrogante ¿Qué impacto tiene los factores socioeconómicos y culturales sobre el estado nutricional del adulto mayor en el centro de salud El Valle?



JUSTIFICACION

La desnutrición en el adulto mayor es consecuencia de la ingesta inadecuada de alimentos, las enfermedades subyacentes, el sexo (las mujeres tienen mayor riesgo) y el bajo nivel económico ⁽⁶⁾. -Según el estudio titulado “Envejecimiento y desnutrición; un reto para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS); 2012, en Madrid; se estima que la malnutrición oscila entre un 1% y un 6% en los adultos mayores que viven en la comunidad, llegando hasta un 60% en los hospitalizados ⁽¹³⁾.

El proceso de envejecimiento se da en un contexto de pobreza, estas condiciones influyen sustancialmente en el estado nutricional y consumo de alimentos de los adultos mayores ⁽¹⁴⁾. Los factores de riesgo asociados socioeconómicos y culturales que se relacionan a la ingesta inadecuada de alimentos son: depresión, aislamiento social, ignorancia nutricional y pobreza ⁽¹⁵⁾.

En la investigación: “Factores bio-psico-socio-culturales que influyen en el desequilibrio nutricional en los adultos mayores, que acuden al Centro de Salud Pascuales en los meses de Enero a Marzo 2015”, realizada en Guayaquil, por De la A, R., Peñafiel, D., se concluyó que: los factores económicos tienen gran relevancia en la malnutrición, solo una pequeña parte de los adultos mayores cuenta con un ingreso mensual mayor a la de la canasta básica familiar, mientras que la mayoría no cuenta con ese ingreso que le facilite la adquisición de alimentos saludables; la situación socio-cultural influye en el estado nutricional al demostrar que la mayoría de los adultos mayores viven solos, por lo tanto no tienen un cuidador cercano y su conocimiento sobre hábitos nutricionales saludables es casi nulo ⁽¹⁶⁾.



CAPITULO II

5. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

A partir de la Conferencia Internacional de Nutrición, en 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció a la población anciana como uno de los grupos nutricionalmente más vulnerables. Desde entonces, y debido al paulatino envejecimiento de la población, la nutrición en este grupo está siendo objeto de múltiples estudios ⁽¹⁷⁾.

La prevalencia de la desnutrición en los adultos mayores varía en las distintas investigaciones, dependiendo del método empleado para diagnosticarla. En el estudio: “Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo”, publicada en México, realizada por García, Z., Villalobos, S., publicada en el año 2012, menciona que en algunas publicaciones efectuadas en países desarrollados indican una prevalencia aproximada de 15% en las personas mayores que habitan en la comunidad, entre 23 y 62% en pacientes hospitalizados y cerca de 85% o más en ancianos asilados ⁽¹⁸⁾.

La desnutrición es un problema común en los pacientes geriátricos que afecta a $\leq 10\%$ de los mismos que viven de forma independiente en la comunidad y $\leq 60\%$ de los que viven en instituciones, que puede surgir de una variedad de factores que va desde lo fisiológico y social, así como los relacionamos con los cambios fisiológicos de la edad, las enfermedades crónico degenerativas y el abandono, que conlleva a una serie de consecuencias adversas, incluyendo la deficiente función inmune y la discapacidad ⁽¹⁹⁾.

El principal problema que se presenta en la atención nutricional de los adultos mayores es la mayor presencia de factores de riesgo, asociados a la situación de vejez, reducidos ingresos económicos, más probabilidad de padecer una enfermedad crónico degenerativa, consumo de medicamentos que podrían



afectar la disponibilidad de micronutrientes por parte del organismo, el edentulismo, patrones culturales relacionados con la alimentación y atención del anciano; los cuales afectan directamente la calidad nutricional de la dieta ⁽²⁰⁾.

ADULTO MAYOR

CONCEPTO

Es aquella persona que tiene una edad mayor a 65 años; según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y las que sobrepasan de 90 se les denomina longevos; el adulto mayor es un actor social con capacidades para aportar y con necesidades propias, derechos y deberes. A toda persona mayor de 65 años se le llamará persona de la tercera edad ⁽²¹⁾.

ENVEJECIMIENTO

Se lo define como un proceso universal e irreversible, pero psicológicamente puede haber una diferencia entre los individuos, por lo que se puede enunciar que clínica y psicológicamente son individuales; es decir es un proceso heterogéneo; desde el punto de vista funcional, existe una serie de cambios celulares que influyen a nivel tisular, orgánico y funcional ⁽²²⁾.

En la investigación: Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes de salud, publicada en Chile, realizada por Restrepo, M. et al, señalan que el envejecer constituye un proceso cambiante a nivel fisiológico y social; se puede asumir que el envejecimiento resulta la suma



de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta la muerte ⁽²³⁾.

Los factores de riesgo modificables como: malnutrición, sedentarismo, falta de acceso a los servicios de salud y tabaquismo, influyen negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores y por ende de poseer un envejecimiento activo y saludable ⁽²⁴⁾.

DESNUTRICIÓN

Según el “Proyecto para la reducción acelerada de la malnutrición en el Ecuador-Inti 2014- 2015” la desnutrición es una forma clínica de hambre provocada por carencias graves y prolongadas de nutrientes como proteínas, vitaminas y minerales, siendo uno de los principales problemas de salud en los países en vías de desarrollo ⁽²⁵⁾.

En el artículo: Malnutrición en el anciano, publicada en México en el año 2012, realizada por García, Z., Villalobos, S., manifiestan que las causas de la desnutrición en el anciano son múltiples entre ellas las alteraciones de la homeostasis relacionadas con la edad, causas fisiológicas y no fisiológicas ⁽¹⁸⁾.

FACTORES SOCIALES, ECONOMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES

En el estudio: Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional del adulto mayor, publicada en Argentina en el año 2012, realizada por R. Baute refiere que los adultos mayores son más susceptibles a padecer trastornos nutricionales causados por factores físicos, emocionales y sociales que pueden interferir en el apetito, los ingresos económicos que afectan la capacidad de



compra, preparación y consumo de una dieta adecuada, el consumo de alcohol y medicamentos ⁽²⁶⁾.

La soledad, la discapacidad, la pérdida de visión y las enfermedades, junto a la polimedicación son factores de riesgo para la malnutrición como consecuencia de los malos hábitos alimentarios que se adoptan: dietas monótonas, dificultad de acceso a los alimentos y a su elaboración, problemas de inapetencia, dificultad en la absorción de nutrientes ⁽²⁷⁾.

Entre los cambios físicos del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son: problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva; dentro de los fisiológicos están: la disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia; y sociales como: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios ⁽²⁷⁾.

En la investigación: “Prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso 2013”, publicada en Cuenca en el año 2013, realizada por Espinosa, H., demostró que: la prevalencia de malnutrición fue de 32.06%, incrementándose en los mayores de 75 años de edad. Se observó asociación estadística como factor de riesgo el no uso de prótesis dental y dificultad para alimentarse ⁽²⁸⁾.

En el año 2015, de la A y Peñafiel; realizaron una investigación titulada “Factores bio-psico-socio-culturales que influyen en el desequilibrio nutricional en los adultos mayores que acuden al centro de salud Pascuales en los meses de enero a marzo 2015”, encontraron que los factores económicos tienen gran relevancia en la malnutrición, solo una pequeña parte de los adultos mayores cuenta con un ingreso mensual mayor a la de la canasta básica familiar ⁽¹⁶⁾.



En el 2013, M. Villagran; en su investigación titulada “Factores de riesgo que influyeron en la desnutrición del adulto mayor de la parroquia Santa Rosa, cantón Ambato en el periodo noviembre 2013-mayo 2014”, en relación al consumo de tabaco, evidencio que 72 % no fuma; en cuanto a la ingesta de alcohol evidencio que; el 36% nunca lo hacía ⁽⁷⁾.

En el 2012, R. Baute.; en su investigación titulada “Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional del adulto mayor, 2012”, en Santa Fe, Argentina; con respecto al consumo de carnes; el 18% lo hace varias veces por semana; frente a nuestros resultados obtenidos que indicaron que, el 64,1% consumen de manera ocasional, en cuanto al consumo de vegetales en el estudio citado, el 8% varias veces por semana ⁽²⁶⁾.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Según la OPS (2012), considera que “los adultos mayores que no tienen ingresos o sus recursos son muy bajos, pueden sufrir con mayor impacto el deterioro funcional, siendo más vulnerables a una eventual pérdida gradual de su peso corporal” ⁽¹⁶⁾.

Han sido identificados como importantes determinantes de salud a través de amplios problemas de salud pública; de hecho, la literatura profesional sugiere que los factores socioeconómicos son un eslabón para determinar las variaciones de salud entre grupos y sociedades ⁽²⁹⁾.

Los factores socioeconómicos que pueden modificar la dieta y por tanto, el estado de salud, pueden ser: el abandono de la actividad laboral, el bajo poder adquisitivo y las pensiones recibidas, la falta de conocimientos mínimos sobre las normas básicas para la alimentación sana, perdida de seres queridos o de personas encargadas de su cuidado, hábitos alimentarios muy rígidos,



incapacidad para adaptarse a nuevos alimentos y estrategias de mercado o simplemente la pobreza, el aislamiento y la soledad ⁽³⁰⁾.

Montejano, R. et al en su investigación “Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados, 2014”, encontró que los factores independientes asociados al riesgo de malnutrición son: tener numerosas enfermedades crónicas, haber sufrido enfermedades agudas recientes, mantener dietas sin control, sufrir xerostomía y dificultad para deglutir, comer pocas veces al día y con escaso apetito, sentirse solo y no tener estudios en el que concluyen que estos factores permiten predecir el riesgo de malnutrición en los adultos mayores ⁽¹⁷⁾.

En el 2014, M. Silva.; publica una investigación titulada “Depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente Ambato de julio a noviembre 2012”, el estudio descriptivo, transversal, cuali-cuantitativo aplicado en 148 adultos mayores, demostró que el nivel de instrucción se concentra mayoritariamente en las categorías; analfabetos 18% y primaria incompleta 34%; siendo esto comparable con los resultados obtenidos de nuestra investigación al presentar el 19,5% ninguna escolaridad y el 57,9% escolaridad básica incompleta; esto hace referencia a la realidad sociocultural que esta población vivió durante su infancia, y responde también al perfil de la población que se atiende en el sistema público de salud ⁽³¹⁾.

Coste y accesibilidad

El coste de los alimentos es uno de los principales factores que determinan la elección de los mismos. Los grupos de población con ingresos bajos muestran una mayor tendencia a seguir una alimentación no equilibrada y, en particular, ingieren poca fruta y pocas verduras. La accesibilidad a las tiendas es otro factor físico importante que influye en la elección de alimentos, y depende de recursos tales como el transporte y la ubicación geográfica ⁽³²⁾.



Educación y conocimientos

De los estudios efectuados se desprende que el nivel de educación puede influir en la conducta alimentaria durante la edad adulta. No obstante, los conocimientos en materia de nutrición y los buenos hábitos alimentarios no están fuertemente correlacionados. Eso se debe a que los conocimientos en materia de salud no conducen a acciones directas, cuando los individuos no saben a ciencia cierta cómo aplicar sus conocimientos ⁽³²⁾.

El contexto social

Las influencias sociales sobre la ingesta de alimentos se refieren a las influencias que una o más personas tienen sobre la conducta alimentaria de otras personas, ya sea directamente (compras de alimentos) o indirectamente (aprendizaje a partir de la conducta de otros), y ya se trate de una influencia consciente (transferencia de creencias) o subconsciente; incluso cuando comemos solos, nuestra elección de alimentos se ve influenciada por factores sociales, porque se desarrollan actitudes y hábitos mediante la interacción con otras personas ⁽³²⁾.

FACTORES CULTURALES

Las tradiciones socioculturales muy a menudo se fundamentan en los recursos naturales disponibles, en las formas sociales y religiosas, en la gastronomía local, en las celebraciones y en la transmisión de procedimientos culinarios. Las influencias culturales conducen a diferencias en el consumo habitual de determinados alimentos y en las costumbres de preparación de los mismos; en ciertos casos, pueden conducir a restricciones tales como la exclusión de la carne y de la leche de la alimentación ⁽³²⁾.



Los comportamientos alimentarios son interiorizados por las personas como elementos integrantes de un sistema sociocultural determinado. La cultura forma de prepararlos y las prohibiciones alimentarias (tabúes, aspectos religiosos e ideológicos) ⁽⁹⁾.

La revista cubana de investigaciones biomédicas en uno de sus artículos sobre envejecimiento y nutrición señala que: de los varones mayores de 65 años, 20% son fumadores activos, mientras que solo 1% de las ancianas fuman habitualmente, aunque esta proporción está aumentada en los últimos años. El tabaco puede provocar desnutrición, sobre todo, al disminuir el apetito, pero también al aumentar las necesidades de determinados nutrientes, como por ejemplo vitamina C ⁽³⁰⁾.

Señala también que la prevalencia del consumo de alcohol en el anciano se sitúa alrededor del 45%; siendo más común entre aquellos con bajo nivel cultural, bajos ingresos económicos e historia pasada o presente de depresión u otras enfermedades psiquiátricas; si la ingesta excede 20% del total de calorías, puede producirse un déficit de vitaminas, minerales, y proteínas ⁽³⁰⁾. La guía sobre Alimentación y nutrición saludable en los mayores, mitos y realidades señala que, el alcohol es un elemento nocivo en la dieta del adulto mayor, ya que inhibe el apetito y la absorción de determinados nutrientes ⁽²⁷⁾.

Influencia de la pertenencia a una clase social u otra

Lo que la gente come se ve conformado y limitado por circunstancias que, en esencia, son sociales y culturales. Una alimentación deficiente puede provocar tanto una nutrición insuficiente (deficiencia de micronutrientes) como un exceso de alimentación (consumo excesivo de energía que ocasiona sobrepeso y obesidad) ⁽³²⁾.



VALORACION NUTRICIONAL

La escala de valoración nutricional “Mini Nutricional Assesment” (MNA), ha sido creada para identificar el riesgo de malnutrición en el adulto mayor, contribuyendo a elaborar intervenciones rápidas por parte de los profesionales de la salud con el fin de mejorar el estado nutricional y reducir las consecuencias y riesgos de un mal aporte calórico-proteico ⁽³³⁾.

La escala es la más utilizada y validada en diversas lenguas, consta de 18 preguntas divididas en cuatro parámetros; valoración global (seis preguntas relacionadas con el estilo de vida, medicación, estado físico y mental), valoración dietética (seis preguntas relacionadas con el aporte dietético diario, problemas de ingesta y una valoración subjetiva), una pregunta sobre auto-percepción de la suficiencia en la ingesta y una sobre autovaloración de su estado de salud; además se incluye medidas antropométricas (Índice de masa corporal, circunferencia braquial, circunferencia del muslo y pérdida de peso) ^{(17) (34)}.



CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el impacto de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional del adulto mayor, que acude al centro de salud El Valle. Cuenca 2016

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las características sociodemográficas de los adultos mayores tales como: edad, estado civil, género, condición socioeconómica, personas con las que convive, nivel de instrucción, procedencia y residencia.
- Identificar los factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional en el adulto mayor.
- Identificar los factores culturales que influyen en el estado nutricional en el adulto mayor.



CAPITULO IV

Diseño metodológico

4.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación cuantitativa tipo descriptiva.

4.2 Área de estudio

Esta investigación se realizó en el Centro de Salud El Valle, este es un establecimiento de salud rural, ubicado en la Provincia del Azuay, Cantón Cuenca, Parroquia El Valle.

4.3 Universo de estudio

Constituido por 541 adultos mayores, teniendo en consideración que fue el número de usuarios que acudieron a consulta al Centro de Salud el Valle en un periodo de 6 meses en el año 2015.

4.4 Muestra

La muestra fue obtenida utilizando un universo finito, el cual fue seleccionado por las autoras, se aplicó la fórmula de Pita Fernández.

Los parámetros para cálculo de la muestra fueron:

N: Universo está constituido por 541 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud el Valle durante el periodo Enero- Junio de 2015, información obtenida a través de la filtración de datos estadísticos del centro de salud.

n: es el tamaño de la muestra.

e: Un error muestral del 5%

z: Nivel de confianza del 95%.

p: Proporción de individuos que poseen la característica de estudio en donde se supone que $p=q=0.5$ es la opción más segura.



q: Proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$ ⁽³⁵⁾

$$n_0 = \frac{NZ^2 p.q}{E^2 N + Z^2 pq}$$

$$n_0 = \frac{541(1,96)^2 (0,5 \times 0,5)}{(0,05)^2 (270) + (1,96)^2 (0,5 \times 0,5)}$$

$$n_0 = \frac{541(3,84) (0,25)}{(0,0025)(541) + (3,84) (0,25)}$$

$$n_0 = \frac{519,36}{1,3525 + 0,96} = \frac{519,36}{2,3125} = 224,58 = 225 \text{ Adultos mayores}$$

AJUSTE DE MUESTRA

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n = \frac{225}{1 + 225/541} = \frac{225}{1 + 0,4158} = \frac{225}{1,41} = 158,9 = 159 \text{ Adultos mayores}$$

La muestra fue constituida por 159 adultos mayores.

Criterios de Inclusión:

- Personas mayores de 65 años que asistieron a consulta.
- Usuarios que firmaron el consentimiento informado.



Criterios de exclusión:

- Personas menores de 65 años.
- Pacientes que por su condición física no se los pudo tallar, pesar y no pudieron llenar la encuesta.
- Pacientes con evidencia clínica de malnutrición.

4.5 Variables

- Estado nutricional
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Persona con la que vive
- Procedencia
- Residencia
- Ocupación
- Factores socioeconómicos
- Factores culturales
- Escala Mini Nutritional Assessment (MNA)

4.6 Tabulación y análisis

La recolección y organización de la información se realizó a través del programa SPSS versión 22, y Microsoft Excel y presentados en tablas descriptivas.

4.7 Métodos, Técnicas y recolección de datos

Método: se realizó una investigación cuantitativa tipo descriptiva



Técnicas para la recolección de información :

- **Encuesta:** encuesta realizada por las autoras la misma que fue previamente validada con una prueba piloto y la escala de valoración nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA). Nos permitió identificar las características sociodemográficas, los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor.

Instrumento:

Escala MNA: la misma que consta de 18 preguntas divididas en cuatro parámetros:

- Valoración global (seis preguntas relacionadas con el estilo de vida, medicación y estado físico y mental)
- Valoración dietética (seis preguntas relacionadas con el aporte dietético diario, problemas de ingesta y una valoración subjetiva)
- Una pregunta sobre auto-percepción de la suficiencia de la ingesta y una sobre autovaloración de su estado de salud
- Medidas antropométricas (Índice de masa corporal, circunferencia braquial, circunferencia del muslo y pérdida de peso).

La escala se divide en dos partes: el test de cribaje y la evaluación global, en la primera parte (test de cribaje) se requiere obtener un resultado igual o inferior a 11 puntos, para poder continuar con la segunda parte (evaluación global) de la misma, para poder obtener una apreciación precisa del estado nutricional del adulto mayor.

La puntuación máxima sumando el resultado del cribaje más la evaluación global es de 30 puntos y se clasifica de la siguiente manera:

- Puntuación inferior a 17 puntos se relaciona con malnutrición,



- Puntuación entre 17 y 23,5 puntos indica un riesgo potencial de malnutrición
- Puntuación de 24 puntos o superior se relaciona con un estado nutricional satisfactorio.

Aspectos éticos

Dentro de estos aspectos se aplicaron valores como la validez científica sobre el tema de estudio, selección equitativa de los participantes, explicación sobre la investigación con el objetivo de mantener la colaboración de los usuarios; se guardó confidencialidad en los resultados; la información obtenida fue utilizada exclusivamente para fines de la investigación.



CAPÍTULO V

5.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE", SEGÚN EDAD Y SEXO, CUENCA 2016.

GRUPO ETARIO	SEXO				Total	
	Masculino		Femenino		N.	%
	N.	%	N.	%		
65-69	18	11,3	41	25,8	59	37,1
70-75	18	11,3	25	15,7	43	27,0
76-80	9	5,7	10	6,3	19	11,9
80 a más	16	10,1	22	13,8	38	23,9
Total	61	38,4	98	61,6	159	100

Fuente: base de datos de la Investigación

Elaborado por: las Autoras

El 37,1% se encuentran en el grupo etario de 65 a 69 años siendo el de mayor prevalencia, el 27% entre 70-75 años, el 11,9% corresponde al grupo de 76-80 años y el 23,9% son mayores de 80 años; el sexo femenino es el grupo predominante con el 61,6%; siendo el sexo masculino la minoría correspondiente al 38,4%.



TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE" SEGÚN ESTADO CIVIL Y PERSONA CON LA QUE VIVE, CUENCA 2016.

ESTADO CIVIL	PERSONA CON LA QUE VIVE									
	Esposo/a		Hijos		Otro familiar		Solo/a		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soltero	1	0,6	6	3,8	2	1,3	2	1,3	11	6,9
Unión libre	4	2,5	0	0,0	1	0,6	1	0,6	6	3,8
Casado	93	58,5	11	6,9	0	0,0	0	0,0	104	65,4
Viudo	0	0,0	14	8,8	3	1,9	16	10,1	33	20,8
Divorciado	0	0,0	2	1,3	1	0,6	2	1,3	5	3,1
Total	98	61,6	33	20,8	7	4,4	21	13,2	159	100

Fuente: base de datos de la Investigación

Elaborado por: las Autoras

El 65,4% de los usuarios son casados, indicando el 58,5% de los mismos vivir con su esposo/a; el 20,8% son viudos, respondiendo el 10,1% vivir solos; el 6,9% son solteros, de ellos el 3,8% manifestó que viven en compañía de sus hijos; el 3,1% y 3,8% equivalente a una población minoritaria contestaron ser divorciados o vivir en unión libre.



TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE" SEGÚN OCUPACIÓN, CUENCA 2016.

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
	N.-	%
Agricultor	40	25,2
Artesano	12	7,5
Albañil	2	1,3
QQDD	94	59,1
Empleado público	3	1,9
Jubilado	8	5,0
Total	159	100,0

Fuente: base de datos de la Investigación

Elaborado por: las Autoras

En relación a la ocupación; el 59,1% desempeña quehaceres domésticos, el 25,2% trabaja en la agricultura, el 7,5% elabora artesanías, el 5% son jubilados, el 1,9% labora en empleos públicos y el 1,3% realiza albañilería.



TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE" SEGÚN PROCEDENCIA y RESIDENCIA, CUENCA 2016.

	Urbana		Rural		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Procedencia	26	16,4	133	83,6	159	100
Residencia	7	4,4	152	95,6	159	100

Fuente: base de datos de la Investigación

Elaborado por: las Autoras

Por la ubicación del Centro de Salud en el que se realizó la investigación, el 83,6% manifestó ser de procedencia rural frente al 16,4% de urbana y el 95,6% indicó ser de residencia rural contrario al 4,4% de urbana.



TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD “EL VALLE” SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, CUENCA 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia N.	Porcentaje %
Ninguna	31	19,5
Primaria Incompleta	92	57,9
Primaria Completa	29	18,2
Secundaria	7	4,4
Total	159	100

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

En el 57,9% de los casos, los usuarios indicaron tener primaria incompleta, el 19,5% nunca tuvo acceso a la educación ya que su nivel de instrucción es nulo, el 18,2% terminó la escuela y el 4,4% cursó la secundaria; se evidencia que el nivel de instrucción de manera global es bajo.



TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD “EL VALLE” SEGÚN INGRESOS ECONÓMICOS, CUENCA 2016.

INGRESOS ECONÓMICOS	Frecuencia N.	Porcentaje %
0 - 99	111	69,8
100 - 200	34	21,4
201 - 300	7	4,4
300 a más	7	4,4
Total	159	100

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

El 69,8% de los casos respondió que posee un ingreso comprendido entre 0-99 dólares, el 21,4% entre 100 y 200 dólares, existiendo una concordancia de porcentajes del 4,4% en los grupos de 201 a 300 dólares y 300 dólares en adelante.



TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD “EL VALLE” SEGÚN FUENTE DE INGRESOS, CUENCA 2016.

FUENTE DE INGRESOS	Frecuencia N.	Porcentaje %
Ninguna	14	8,8
Familiares	23	14,5
Gobierno	17	10,7
Autónomo	105	66,0
Total	159	100

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

El 66% de los casos señaló que la fuente de ingresos es autónoma, el 14,5% reciben de sus familiares, el 10,7% del gobierno y el 8,8% indicaron no tener ninguna fuente de ingresos.



TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD “EL VALLE” SEGÚN FACTORES CULTURALES, CUENCA, 2016.

FACTORES CULTURALES	Nunca		Ocasionalmente		Diariamente	
	N.	%	N.	%	N.	%
Consumo de tabaco	131	82,4	25	15,7	3	1,9
Consumo de alcohol	118	74,2	39	24,5	2	1,3
Consumo de gaseosas	46	28,9	109	68,6	4	2,5
Consumo de café	19	11,9	51	32,1	89	56,0
Consumo de carnes	2	1,3	134	84,3	23	14,5
Consumo de vegetales	2	1,3	115	72,3	42	26,4
Consumo de frutas	5	3,1	109	68,6	45	28,3
Consumo de harinas	1	0,6	96	60,4	62	39

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

Respecto al consumo de tabaco y alcohol, la mayoría respondió que nunca lo consume, correspondiente al 82,4% y 74,2% respectivamente; en relación al consumo de gaseosas; el 68,6% indicó hacerlo de manera ocasional, y café el 56%. El 84,3% acostumbra a comer carne ocasionalmente, el 72,3% aseguró comer vegetales con la misma frecuencia, mientras que el 60,4% del grupo estudiado afirmó consumir harinas y sus derivados de modo ocasional; lo que nos indica que los adultos mayores mantienen una dieta baja en macronutrientes.

**RESULTADOS DE LOS COMPONENTES DEL MNA****TEST DE CRIBAJE (PRIMERA PARTE)**

TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE" SEGÚN PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES, CUENCA 2016.

Pérdida de peso en los últimos tres meses	Frecuencia N.-	Porcentaje %
>3kg	0	0,0
No sabe	27	17
1- 3 kg	39	24,5
Sin pérdida	93	58,5
Total	159	100,0

Fuente: base de datos de la Investigación

Elaborado por: las Autoras

El 58,5 % de adultos mayores, aseveraron que no tuvieron pérdida de peso en los últimos tres meses, el 24,5% manifestaron haber perdido entre 1-3kg de peso, quienes argumentaron que fue por varias causas como: enfermedades crónico-degenerativas y disminución de ingesta de alimentos por falta de recursos; el 17% respondieron que no saben si han perdido peso.



TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE" SEGÚN PERDIDA DE APETITO, CUENCA 2016.

Pérdida de apetito	Frecuencia	Porcentaje
	N.-	%
Ha comido mucho menos	3	1,9
Ha comido menos	36	22,6
Ha comido igual	120	75,5
Total	159	100,0

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

En relación a la pérdida de apetito en los últimos tres meses, el 75,5% respondió que no han experimentado cambios en su alimentación, el 22,6% indicaron haber comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, uso de prótesis y dificultades de masticación o deglución; y el 1,9% han comido mucho menos.



TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE" SEGÚN ENFERMEDAD AGUDA O ESTRÉS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, CUENCA 2016.

Enfermedad aguda o estrés en los últimos tres meses	Frecuencia N.-	Porcentaje %
Sí	75	47,2
No	84	52,8
Total	159	100,0

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

El 52,8% manifestó que no ha padecido ninguna, entretanto el 47,2% manifestaron haber padecido una enfermedad aguda como: infecciones respiratorias, intestinales, caídas o estrés en los últimos tres meses.



TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE" SEGÚN EL RESULTADO DEL IMC, CUENCA 2016.

IMC	Frecuencia N.	Porcentaje %
<19	3	1,9
19 - <21	8	5,0
21 - < 23	22	13,8
≥ 23	126	79,2
Total	159	100,0

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

Al analizar el Índice de Masa Corporal según el MNA, se obtuvo que el 1,9% de los adultos mayores se encuentran en un rango menor a 19; el 5% de usuarios evaluados se encuentran entre 19 y menos que 21; el 13,8% se ubicaron entre 21 y menos de 23; mientras que el 79,2% se clasifican dentro del rango de mayor o igual a 23.



TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE 159 ADULTOS MAYORES QUE ACUDIERON A CONSULTA AL CENTRO DE SALUD "EL VALLE" SEGÚN RESULTADO DE CRIBAJE, CUENCA 2016.

PUNTUACIÓN TOTAL CRIBAJE	Frecuencia N.	Porcentaje %
≤ 11 puntos	64	40,3
> 12 puntos	95	59,7
Total	159	100

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

De los 159 adultos mayores evaluados, el 40,3% equivalente a 64 usuarios, obtuvieron una puntuación menor o igual a once puntos en el "Test de Cribaje", que corresponde a la primera parte de la escala de evaluación nutricional MNA, en la misma se nos indica que con los usuarios que se encuentran dentro de este puntaje (≤ 11 puntos), se debe continuar con la segunda parte de la misma; es decir la "Evaluación Global", la cual nos permitirá tener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente.

**SEGUNDA PARTE, EVALUACIÓN GLOBAL DE 64 ADULTOS MAYORES QUE OBTUVIERON UN RESULTADO ≤ 11 PUNTOS EN EL CRIBAJE****TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN INDEPENDENCIA EN SU DOMICILIO Y CONSUMO DE MÁS DE TRES MEDICAMENTOS POR DÍA, CUENCA 2016.**

	NO		SI		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
Independencia en el domicilio	6	9,4	58	90,6	64	100
Consumo de más de tres medicamentos por día	50	78,1	14	21,9	64	100

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

El 90,6% de los encuestados manifestaron que tienen independencia en su domicilio desarrollando las actividades vitales de la vida diaria sin inconveniente, y el 9,4% indicó que necesitan ayuda de sus familiares para poder desempeñarlas. Con referencia al consumo de fármacos, el 78,1% manifestó que ingerían menos de tres medicamentos al día; el 21,9% dijo que consume más de tres medicamentos prescritos por día para enfermedades metabólicas, gástricas, cardiovasculares y crónico-degenerativas y las molestias que estas incluyen.



TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE LÍQUIDOS POR DÍA, CUENCA 2016.

CONSUMO DE LÍQUIDOS POR DÍA	Frecuencia N.	Porcentaje %
Menos de tres vasos	6	9,4
Tres a cinco vasos	35	54,7
Más de cinco vasos	23	35,9
Total	64	100,0

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

En relación al consumo de líquidos por día, el 54,7% indicaron ingerir de tres a cinco vasos los que engloban agua, zumo, café, té y leche; el 35,9% toman más de cinco vasos y el 9,4% consume menos de tres vasos de líquidos.



TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO, CUENCA 2016.

PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO	Frecuencia N.	Porcentaje %
Desnutrición importante	0	0,0
No sabe	37	57,8
Sin problemas nutricionales	27	42,2
Total	64	100,0

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

Al analizar la percepción sobre su estado nutricional, 57,8% de los casos respondió que no sabe, el 42,2% dice no tener problemas nutricionales y ninguno de los adultos mayores respondió que tenían desnutrición importante.



TABLA 17: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN PERCEPCIÓN DE SU SALUD, CUENCA 2016.

PERCEPCIÓN DE SU SALUD	Frecuencia N.	Porcentaje %
Peor	8	12,5
No lo sabe	16	25,0
Igual	24	37,5
Mejor	16	25,0
Total	64	100,0

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

Al indagar sobre su percepción de salud en comparación con otra persona de la misma edad, el 37,5% se siente que están en iguales condiciones, el 25% percibe que su salud es mejor, el mismo porcentaje indican que no sabían si su salud era buena o mala, y el 12,5% se siente peor, ya que indican que se encuentran más enfermos y envejecidos que sus familiares, amigos y vecinos.

TABLA 18: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN PERÍMETRO BRAQUIAL Y DE PANTORRILLA, CUENCA 2016.

PERÍMETRO		Frecuencia	Porcentaje
		N.	%
Braquial	< 21 cm	4	6,3
	21 – 22 cm	8	12,5
	> 22 cm	52	81,3
Total		64	100
Pantorrilla	< 31 cm	26	40,6
	≥ 31cm	38	59,4
Total		64	100

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

Al medir la circunferencia braquial se evidenció que el 81,3% posee un valor mayor a 22 centímetros, el 12,5% tiene un perímetro comprendido entre 21 y 22 centímetros y el 6,3% una periferia inferior a 21 centímetros. Al medir el resultado del perímetro de la pantorrilla se determinó que el 59,4% tuvo un valor igual o mayor a 31 centímetros y el 40,6% un resultado inferior a 31 centímetros. La OMS recomienda la utilización del perímetro de la pantorrilla y circunferencia braquial como una medida para valorar el estado nutricional en el adulto mayor, al ser un indicar indirecto y confiable de los niveles de masa muscular por el bajo contenido graso.



TABLA 19: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA, CUENCA 2016.

RESULTADO GLOBAL DEL MNA	Frecuencia N.	Porcentaje %
< 17 puntos Desnutrición	6	9,4
17 – 23,5 puntos Riesgo de desnutrición	40	62,5
>24 puntos Bien nutrido	18	28,1
Total	64	100,0

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

Al realizar la sumatoria del test de cribaje y la evaluación global de la escala MNA, se encontró que 18 adultos mayores correspondiente al 28,1%, alcanzaron un puntaje entre 24 y 30 puntos, el cual los clasifica como bien nutridos; 40 adultos mayores equivalente al 62,5% obtuvieron un puntaje entre 17 a 23,5 puntos, el cual los clasifica como riesgo de desnutrición; y 6 usuarios que representan el 9,4% llegaron a una puntuación menor a 17 puntos clasificándoles como desnutrición.

TABLA 20: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA RELACIONADO CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN, CUENCA 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	RESULTADO GLOBAL DEL MNA							
	Desnutrición		Riesgo de desnutrición		Bien nutrido		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Ninguna	2	3,1	11	17,2	1	1,6	14	21,9
Primaria incompleta	3	4,7	18	28,1	15	23,4	36	56,3
Primaria completa	1	1,6	8	12,5	2	3,1	11	17,2
Secundaria	0	0	3	4,7	0	0	3	4,7
Total	6	9,4	40	62,5	18	28,1	64	100

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

De los 64 adultos mayores, el 62,5% presentó “Riesgo de desnutrición”, al relacionarlo con el nivel de instrucción se obtiene que, el 28,1% de los mismos tienen una escolaridad de primaria incompleta y el 17,2% tienen escolaridad nula; el 9,4% presentaron “Desnutrición”, de los cuales el 4,7% tienen primaria incompleta y el 3,1% escolaridad nula, lo que nos demuestra que un nivel educativo bajo, influye directamente en la salud del adulto mayor por estar estrechamente relacionado con formas y hábitos de vida.

TABLA 21: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA RELACIONADO CON LOS INGRESOS ECONÓMICOS, CUENCA 2016.

INGRESOS ECONÓMICOS	RESULTADO GLOBAL DEL MNA							
	Desnutrición		Riesgo de desnutrición		Bien nutrido		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0 – 99	6	9,4	30	46,9	9	14,1	45	70,3
100 – 200	0	0,0	9	14,1	8	12,5	17	26,6
201 – 301	0	0,0	1	1,6	1	1,6	2	3,1
300 a más	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	6	9,4	40	62,5	18	28,1	64	100

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

De los 64 adultos mayores, el 62,5% de ellos presentaron riesgo de desnutrición, al relacionarlo con los ingresos económicos se obtiene que, el 46,9% de ellos indicó tener un ingreso mensual comprendido entre 0-99 dólares y el 9,4% que se clasifica como desnutrición, quienes manifestaron tener un ingreso mínimo de 0- 99 dólares; por lo que se evidencia que un ingreso económico bajo, es un factor predisponente a un estado nutricional deficiente.

TABLA 22: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA RELACIONADO CON LOS FACTORES CULTURALES, CUENCA 2016.

FACTORES CULTURALES	Frecuencia	RESULTADO GLOBAL DEL MNA				TOTAL	
		Desnutrición		Riesgo de desnutrición		N.	%
		N.	%	N.	%		
Consumo de tabaco	Nunca	6	9,4	35	54,7	41	64,1
	Ocasional	0	0,0	4	6,3	4	6,3
Consumo de alcohol	Nunca	5	7,8	35	54,7	40	62,5
	Ocasional	0	0,0	5	7,8	5	7,8

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

Al realizar la relación entre los factores culturales y el resultado global del MNA; de los adultos mayores que se ubicaron en riesgo de desnutrición, el 54,7% indicó nunca consumir tabaco y alcohol; el 6,3% y el 7,8% respectivamente, indicaron consumirlos de manera ocasional; respecto a los usuarios que tienen desnutrición, el 9,4% manifestaron nunca consumir tabaco, así como el 7,8% indicaron no consumir alcohol. En la publicación titulada “Alimentación y nutrición saludable en los mayores” ⁽²⁷⁾, indican que el alcohol y tabaco son elementos nocivos en la dieta ya que inhiben el apetito y la absorción de determinados nutrientes, con los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que no se asocia estadísticamente los factores culturales con el estado nutricional.



TABLA 23: DISTRIBUCIÓN DE 64 ADULTOS MAYORES SEGÚN EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA RELACIONADO CON LOS FACTORES CULTURALES, CUENCA 2016.

FACTORES CULTURALES	Frecuencia	RESULTADO GLOBAL DEL MNA				TOTAL	
		Desnutrición		Riesgo de desnutrición		N.	%
		N.	%	N.	%		
Consumo de carnes	Ocasional	4	6,3	37	57,8	41	64,1
Consumo de frutas	Ocasional	4	6,3	27	42,2	31	48,5
Consumo de vegetales	Ocasional	4	6,3	33	51,6	37	57,9
Consumo de harina	Ocasional	6	9,4	30	46,9	36	56,3

Fuente: Base de datos de la Investigación

Elaborado por: Las Autoras

De los 64 adultos mayores evaluados, los que presentaron riesgo de desnutrición y su relación con el consumo de macronutrientes, los más altos porcentajes fueron para la frecuencia ocasional, siendo el 57,8% para el consumo de carnes, el 42,2% para el de frutas, el 51,6% para el consumo de vegetales y el 46,9% para el consumo de harinas; de las personas que tienen desnutrición el 6,3% se repite para el consumo de carnes, frutas, y vegetales, mientras que el 9,4% fue el porcentaje para el consumo de harinas.



5.2 DISCUSIÓN

El estado nutricional de los adultos mayores es particularmente importante debido a su influencia en la capacidad funcional. La desnutrición tiene una grave repercusión sobre la salud de estas personas y puede llevarlas a la pérdida de su capacidad funcional y a una mala calidad de vida, influenciados por factores socioeconómicos y culturales.

En el 2012 de Ana Palacios Perez ⁽³⁶⁾; publica un estudio titulado “Evaluación del estado nutricional mediante el MNA (Mini Nutritional Assessment) iguales resultados en relación a factores sociales y demográficos en adultos mayores no institucionalizados de la parroquia Rumipamba, Provincia de Tungurahua, 2011”, demostró que el estado nutricional del adulto mayor está muy relacionado con la edad, ya que a medida que incrementa la edad el riesgo de desnutrición es mayor, siendo la edad promedio 72 años, el sexo que prevaleció fue el femenino con 52,2%; relacionado estrechamente con nuestros resultados que de un total de 159 usuarios en la categoría de 65 a 69 años, se concentra el mayor porcentaje (37,1%); con una distribución por sexo en la que se evidencia que el 61,6% de la muestra es de sexo femenino.

En el 2014, M. Silva ⁽³¹⁾; publica una investigación titulada “Depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente Ambato de julio a noviembre 2012”, demostró que el nivel de instrucción se concentra mayoritariamente en las categorías; analfabetos 18% y primaria incompleta 34%; siendo esto comparable con los resultados obtenidos de nuestra investigación al presentar el 19,5% ninguna escolaridad y el 57,9% escolaridad básica incompleta; esto hace referencia a la realidad sociocultural que esta población vivió durante su infancia, y responde también al perfil de la población que se atiende en el sistema público de salud.



En el año 2015, de la A y Peñafiel ⁽¹⁶⁾; realizaron una investigación titulada “Factores bio-psico-socio-culturales que influyen en el desequilibrio nutricional en los adultos mayores que acuden al centro de salud Pascuales en los meses de enero a marzo 2015”, encontraron que los factores económicos tienen gran relevancia en la malnutrición, solo una pequeña parte de los adultos mayores cuenta con un ingreso mensual mayor a la de la canasta básica familiar; lo encontrado coincide con los datos de nuestra población, ya que analizamos que los ingresos mensuales que son de fuente autónoma, están comprendidos entre 0 a 99 dólares correspondiendo al 69,8% de los usuarios estudiados; esto puede predisponer una inseguridad alimentaria por falta de recursos para comprar alimentos.

En el 2013, M. Villagran ⁽⁷⁾; en su investigación titulada “Factores de riesgo que influyeron en la desnutrición del adulto mayor de la parroquia Santa Rosa, cantón Ambato en el periodo noviembre 2013-mayo 2014”, en relación al consumo de tabaco, evidencio que 72 % no fuma; en cuanto a la ingesta de alcohol evidencio que; el 36% nunca lo hacía; en nuestra población dentro de los factores culturales; en relación al consumo de tabaco; el 64,1% refirió no consumirlo nunca; referente a la ingesta de alcohol, el 62,5% manifestó no consumirlo nunca, lo que nos indica que no influyen directamente en el estado nutricional.

En el 2012, R. Baute ⁽²⁶⁾; en su investigación titulada “Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional del adulto mayor, 2012”, en Santa Fe, Argentina; con respecto al consumo de carnes; el 18% lo hace varias veces por semana; frente a nuestros resultados obtenidos que indicaron que, el 64,1% consumen de manera ocasional, en cuanto al consumo de vegetales en el estudio citado, el 8% varias veces por semana; frente a nuestros resultados que indicaron que el 57,9% lo hacen de manera ocasional. El consumo de frutas es del 8% de manera ocasional, cifra contraria a la obtenida en nuestro estudio con el 48,5% con la misma frecuencia. En relación al consumo de harinas, el 82% varias veces por semana, en nuestro estudio se obtuvo que el 56,3% indicó hacerlo de forma



ocasional; estos resultados sugieren que el bajo consumo de estos nutrientes conllevaría a largo plazo a presentar deficiencias nutricionales.

El resultado del Mini Nutricional Assessment con los 64 adultos mayores con los que se realizó la escala de valoración nutricional completa, nos indicó que el 9,4% de los evaluados presentó desnutrición (MNA- <17), el 62,5% presentó riesgo de desnutrición (MNA- 17- 23,5) y el 28,1% presentó buen estado nutricional (> 24); cifras que se encuentran similares a las obtenidas por G. Guala, V. Cárdenas y M. Meléndez, quienes realizaron una investigación titulada “Aplicación del Mini Nutricional Assessment (MNA) para la detección del riesgo de desnutrición en el paciente geriátrico que acude al hospital general de Latacunga, en el mes de marzo del 2010”, encontrado malnutrición 28%, riesgo de malnutrición 55% y el 17% con un buen estado nutricional ⁽³⁷⁾.



5.3 CONCLUSIONES

De acuerdo a la encuesta y escala aplicadas a los 159 adultos mayores que acudieron a consulta al centro de salud “El Valle” Cuenca, 64 usuarios cumplieron con el puntaje necesario para aplicar la escala de valoración nutricional MNA global; estableciéndose que, la prevalencia de desnutrición fue del 9,4% y el 62,5% presentó riesgo de desnutrición, por lo cual determinamos que el conjunto de factores socioeconómicos influyen directamente en el estado nutricional, ya que el 70,3% de los adultos mayores estudiados adquieren un ingreso mensual económico bajo comprendido entre 0-99 dólares; y el 78,1% tienen una escolaridad de primaria incompleta. No se relaciona estadísticamente la influencia cultural en alteraciones del estado nutricional.

Dentro de las características sociodemográficas, se concluye que el grupo de edad de mayor prevalencia fue el de 65 – 69 años con el 37,1%, el 61,6% fue de sexo femenino, el 65,4% fue de estado civil casado/a, el 61,6% manifestó vivir con su cónyuge, respecto a la ocupación el 59,1%, refirió realizar quehaceres domésticos, el 83,6% indicó ser de procedencia rural, el 95,6% de residencia rural, el 57,9% tiene una escolaridad de primaria incompleta, el 69,8% tiene ingresos comprendidos entre 0 - 99 dólares y el 66% indicó que su fuente de ingresos es autónoma.

Al analizar el impacto de los factores socioeconómicos, de los 64 adultos mayores con los que se realizó el test de cribaje y evaluación global se determinó que: el 62,5% presentó “**Riesgo de desnutrición**”, al relacionarlo con el nivel de instrucción se obtiene que, el 28,1% de los mismos tienen una escolaridad de primaria incompleta e ingresos comprendidos entre 0 - 99 dólares y el 9,4% que presentaron “**Desnutrición**”, de los cuales el 4,7% tienen primaria incompleta y un ingreso entre 0 -99 dólares; lo que nos demuestra que un nivel educativo e ingresos económicos bajos, influye directamente en la salud del adulto mayor por estar estrechamente relacionado con formas y hábitos de vida.



En relación a la influencia de los factores culturales en el estado nutricional, de los 64 adultos mayores con los que se realizó el test de cribaje y evaluación global se determinó que: el 64,1% indicó no consumir tabaco nunca, así como el 62,5% manifestó nunca ingerir alcohol, por lo que no se asoció estadísticamente con alteraciones en el estado nutricional del adulto mayor.



5.4 RECOMENDACIONES

- Se recomienda incluir la encuesta y la escala en las visitas domiciliarias que realiza el equipo de salud, ya que hay incidencia de adultos mayores que no acuden a consulta por diferentes razones; como discapacidad, aparente buen estado de salud y dificultad de acceso; así como es de gran importancia profundizar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el estado nutricional de este colectivo.
- El personal de salud, debería enfatizar en el club de crónicos acerca de la promoción de prácticas alimenticias saludables e incentivar el control periódico de salud.
- El Mini Nutritional Assessment es una herramienta de evaluación nutricional eficaz y oportuna para la determinación precoz de problemas de desnutrición en el adulto mayor.
- Un usuario con resultado positivo del MNA implicaría referir al usuario al nutricionista para una valoración más detallada, mientras que un resultado negativo indica una alta posibilidad de que el usuario se encuentre sano en relación a nutrición.
- Un estado óptimo de salud no es únicamente responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y otras entidades gubernamentales; sino que es un trabajo conjunto entre el usuario, familia, comunidad, personal de salud y el medio social en el que se encuentra sumergido.



CAPITULO VI

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garcia Gutierrez. Valoración del riesgo de malnutrición en la población anciana institucionalizada a partir de las tres versiones del MNA. 2013 - 2014. Revisión de estudio evaluado.
2. Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Espinosa-López AM. Mortalidad de adultos mayores por deficiencias nutricionales en los Departamentos de Colombia. Rev. salud pública. 2012 Julio ; 14(4).
3. Pérez Cruz , Lizárraga Sánchez DC, Martínez Esteves MdR. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr. Hosp. Abril 2014; 29(4).
4. Melgar Cuellar F, Penny Montenegro E. Geriatria y gerontología para el médico internista. 1st ed. Bivivia: La Hoguera; 2012.
5. Camina Martín MaA, Barrera Ortega S, Domínguez Rodríguez L, Couceiro Muiño C, Silleras BdM, Redondo del Río MaP. Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. Nutr. Hops. 2012 Abril; 27(2).
6. Martinez Martinez R. Factores asociados a malnutrición en el paciente adulto mayor que vive en la comunidad. 2011. Revisión de estudio evaluado.
7. Villagran Sanchez. Factores de riesgo que influyen en la desnutrición del adulto mayor de la parroquia Santa Rosa, Canton Ambato en el periodo Noviembre 2013 - Mayo 2014. Nov. 2013 - Mayo 2014. Revisión de estudio evaluado.
8. INEC. Ecuador en cifras. [Online].; 2010 [cited 2016 Febrero 26. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>.
9. Jiménez-Benítez , Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutr. Hosp. 2010 Octubre; 25(3).
10. Caro S. JC. Determinantes sociales y conductuales en salud nutricional: evidencia para Chile. Rev. chil. nutr. 2015 Marzo; 24.



11. Ministerio de Inclusion Economica y Social. Situacion de las personas adultas mayores en el ecuador; condiciones socioeconomicas. In Ministerio de Inclusion Economica y Social. Agenda de Igualdad para Adultos Mayores. Segunda ed. Quito; 2012 - 2013. p. 44.
12. Contreras AL, Gualber Vitto AM, Romaní DA, et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. Hered. 2013 Julio; 24(3).
13. García de Lorenzo y Mateos , Álvarez J, De Man F. Envejecimiento y desnutrición; un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. Nutr. Hosp. 2012 Agosto; 27(4).
14. Cárdenas H, Roldan L. Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú. Rev. chil. nutr. 2013 Diciembre; 40(4).
15. Bolet M, Socarrás M. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. Revista habanera de ciencias médicas. 2009 Enero - Marzo ; 8(1).
16. De La A Suarez , Peñafiel Castro. Factores bio-psico-socio-culturales que influyen en el desequilibrio nutricional en los adultos mayores que acuden al centro de salud Pascuales en los meses de Enero a Marzo 2015. 2015. Revisión de estudio validado y publicado.
17. Montejano Lozoya R, Ferrer Diego RM^a, Clemente Marín , Martínez-Alzamora. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autonomos no institucionalizados. Nutr. Hosp. 2013 Junio; 28(5).
18. García Zenón T, Villalobos Silva JA. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. Med Int Mex. 2012 Febrero; 28(1).
19. Gutierrez Gomez. Valoración del estado nutricional y sus diferencias en mujeres mayores de 60 años con y sin practica de ejercicio. 2013. Revision de estudio evaluado.
20. Sedo Masis. La atencion nutricional y la promocion del bienestar del adulto mayor. Sedo Masis; Patricia. Revision de estudio evaluado.



21. R. C. Obolog Nutricion Humana. [Online].; 2013 [cited 2015 Diciembre 13. Disponible en: <http://rociocano756412.obolog.es/nutricion-humana-2273969>.
22. Rojas Yepes J. Gerontologia y Geriatria Aplicada a Optometria. Imagen Optica. 2010 Marzo - Abril; 10.
23. Restrepo M. SL, Morales G. , Ramirez G. M, López L. , Varela L. E. Los habitos alimentarios en el Adulto Mayor y su relacion con los procesos protectores y deteriorantes de salud. Chil. Nutr. ; 33(3).
24. Reyes Torres I, Castillo Herrera CJA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd. 2011 Julio - Septiembre; 30(3).
25. Social MCdD. Desarrollo social. gob. ec. [Online].; 2014-2015 [cited 2016 Agosto 16. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto.pdf>.
26. Romina B. Influencia de los habitos alimentarios en el estado nutricional del adulto mayor. 2012. Revision de investigación validada.
27. Gerontologia SEdGy. Alimentación y nutrición saludable en los mayores Mitos y realidades. Revision de guia publicada.
28. Espinosa Espinosa H. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en adlutos mayores hospitalizados en el departamento de clinica del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2013. Revision de estudio evaluado.
29. Zarate Gonzales G, Perez MA. Factores sociales como mediadores de la salud publica. Salud Uninorte. Barranquilla (Col). ; 23(2).
30. Barrera Sotolongo, Osorio León. Envejecimiento y nutricion. Rev Cubana Invest Biomed.; 26(1).
31. Depresión en adultos mayores y su efecto en el esado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital provincial docente Ambato de Julio a Noviembre 2012. 2012. Revision de informde de investigacion validado.



32. France Bellisle. European food information council. [Online]. [cited 2016 Junio 16. Disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/expid/reviewfood-choice/>).
33. Tarazona Santabalbina F, Belenguer Varea A, Domenech Pascual J, Gac Espinola H, Cuesta Peredo D, Medina Domingue L. Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriatricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutr. Hosp.* ; 24(6).
34. Varela. Nutricion en el Adulto Mayor. *Rev Med Hered.* 2013; 24(183-185).
35. Fernández S. P. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Atención Primaria. [Online]. [cited 2015 Enero 12. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/tamano_muestral2.pdf.
36. Palacios Perez A. Evaluación del estado nutricional mediante el MNA(Mini Nutritional Assessment) en relacion a factores sociales y demograficos en adultos mayores no institucionalizados de la parroquia Rumipamba, provincia de Tungurahua 2011. 2011. Revision de estudio validado.
37. Dr. Guala , Dr. Cárdenas , Dra. Meléndez M. Aplicacion del Mini Nutricional Assessment (MNA) para la detección del riesgo de desnutrición en el paciente geriatrico que acude al hospital general de Latacunga, en el mes de marzo del 2010. 2012. Resumen de los resultados de los estudios evaluados.
38. Perdomo Pérez E, Navarro Vázquez FJ, González de la Torre , Mosquera Fernández. Cribado nutricional en pacientes inmovilizados del Servicio de Atención Domiciliaria de una zona básica de salud del área de Salud de Gran Canaria. *Gerokomos.* 2012 Septiembre; 23(3).
39. Hernández Galiot A, Pontes Torrado Y, Goñi Cambrodón I. Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no institucinalizada con autonomia funcional. *Nutr. Hosp.* 2015; 32(3).
40. Cortés N. AR, Villarreal R. , Galicia R. L, Martínez G. , Vargas D. ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Rev. méd. Chile.* 2011 Junio; 139(6).



41. Perez Cruz E, Lizárraga Sánchez C, Martínez Esteves MdR. Asociacion entre desnutricion y depresion en el adulto mayor. Nutr. Hosp. 2014 Abril; 29(4).
42. Perdomo Pérez , Navarro Vázquez FJ, González de la Torre , Mosquera Fernández. Cribado nutricional en pacientes inmovilizados del Servicio de Atención Domiciliaria de una zona básica de salud del área de Salud de Gran Canaria. Gerokomos. Septiembre 2012; 23(3).
43. Grupo de Trabajo de Atención Primaria. Manual de Atencion al Anciano Desnutrido en el nivel primario de salud. Primera ed. Caballero García JC, Benítez Rivero , editors. Madrid: Ergon. C/ Arboleda; 2011.



CAPITULO VII

7. ANEXOS

Matriz metodológica

Objetivos específicos	Unidad de observación	Unidad de análisis	Muestra	Metodología
Establecer las características sociodemográficas de los adultos mayores tales como: edad, estado civil, género, condición socioeconómica, personas con las que convive, nivel de instrucción, procedencia y residencia.	Adultos mayores que acuden a consulta al centro de salud “El Valle”	Edad, sexo, estado civil, condición socioeconómica, personas con las que convive, nivel de instrucción, procedencia y residencia.	159 adultos mayores	Técnica: Aplicación de encuesta Instrumento: Escala MNA
Identificar los factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional en el adulto mayor.	Adultos mayores que acuden a consulta al centro de salud “El Valle”	Ingresos económicos Fuente de ingresos	159 adultos mayores	Aplicación de encuesta



Identificar los factores culturales que influyen en el estado nutricional en el adulto mayor.	Adultos mayores que acuden a consulta al centro de salud "El Valle"	Consumo de Tabaco, alcohol, café, gaseosas.	159 adultos mayores	Aplicación de encuesta
Interpretar la relación de los factores socioeconómicos y culturales con las características sociodemográficas de los adultos mayores.	Adultos mayores que acuden a consulta al centro de salud "El Valle"	Base de datos	159 adultos mayores	Aplicación de encuesta

**Operalización de variables**

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala
Estado Nutricional	Condición de salud establecida en relación a factores antropométricos fisiológicos y sociales.	Multidimensional (IMC)	Resultado de la evaluación del estado nutricional del adulto mayor según la escala Mini Nutritional Assessment (MNA)	Ordinal Escala nutricional satisfactoria: 24 puntos o más Riesgo de malnutrición: 17 a 23.5 puntos Mal estado nutricional: menos de 17 puntos.
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Tiempo en años.	Número registrado en la encuesta. Cédula de identidad.	Numérica. a) 65-69 b) 70-75 años c) 76-80 años d) > 80 años
Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los	Fenotipo y biológico.	Sexo marcado en la encuesta.	Dicotómico Masculino. Femenino.



	definen como hombre o mujer.			
Estado civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Situación de relación legal actual otorgada por el registro civil.	Estado civil marcado en la encuesta.	Policotómico Soltero/a. Casado/a. Unión libre. Divorciado/a Viudo/a.
Ocupación	Empleo y oficio que desempeña, remunerado	Formación profesional que desempeña en la institución.	Ocupación registrada en la encuesta.	Policotómico Agricultor Artesano Albañil Quehaceres domésticos Empleado público Empleado privado



				Jubilado
Persona con la que vive	Individuo con la habita en una misma residencia	Acompañante	Encuesta que se va a aplicar	Policotómico Esposa/o. Hijos Otro familiar Solo/a
Procedencia	Lugar de origen o nacimiento de una persona	Espacio geográfico y tiempo		Área urbana Área rural
Residencia	Lugar de morada o vivienda de una persona o familia	Espacio geográfico y tiempo		Área urbana Área rural
Factores socioeconómicos	Es la relación del hombre con su entorno, con la producción de sus ingresos y la satisfacción de las necesidades materiales e intercambios de riquezas.	Condición socio-económica	Nivel de instrucción	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria
			Ingresos económicos	0 – 99 100 – 200 201 – 300 + de 300
			Fuente de ingresos	Ninguna Familiares Gobierno Autónomo



Factores culturales	Estudio de todos los aspectos de una sociedad como lenguaje, leyes costumbres, conocimientos que otorgan el carácter distintivo de cada sociedad.	Biológico Social Cultural	Consumo de tabaco	Nunca Ocasionalmente Diariamente
			Consumo de alcohol	Nunca Ocasionalmente Diariamente
Escala Mini Nutritional Assessment (MNA)	Es una herramienta de cribado que ayuda a identificar a ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición	Cribaje	Estado nutricional Situación alimentaria Condiciones de salud y funcionalidad	Puntuación menor a 17 puntos: Malnutrición Puntuación entre 17 y 23,5 puntos: Riesgo de malnutrición Puntuación entre 24 y 30 puntos: Estado Nutricional satisfactorio.



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Título de la investigación: Impacto de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional del adulto mayor, que acude al centro de salud El Valle. Cuenca 2016

La presente investigación es conducida por: Cristina Segovia (Telf. 0987319582, e-mail: crissego@hotmail.es) y Tania Tenesaca (Telf. 0995723257, e-mail: tita1993@hotmail.es), estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cuenca.

El objetivo de este estudio es: Determinar el impacto de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional del adulto mayor, que acude al centro de salud El Valle. Cuenca 2016

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no remunerada. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador y disipar cualquier duda. Esto le tomará aproximadamente 20 minutos o el tiempo que usted considere necesario.

Yo..... con C.I. N°..... He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

FECHA:

.....
Firma del participante
Gracias por su colaboración



ENCUESTA

Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería



INTRUCCIONES: del siguiente cuestionario **marque con una “X” la respuesta**

DATOS DE IDENTIFICACION

Edad:

Sexo: Femenino..... Masculino.....

Estado civil: Soltero.....Unión libre..... Casado..... Viudo.....
Divorciado.....

Persona con la que vive: Esposa/o..... Hijos..... Otro familiar.....
Solo/a.....

Ocupación: Agricultor..... Artesano..... Albañil..... QQDD.....
Empleado público..... Empleado privado..... Jubilado.....

Procedencia..... **Residencia:**

Factores socioeconómicos

Nivel de instrucción: Ninguna..... Primaria incompleta.....
Primaria completa..... Secundaria.....

Ingresos económicos: 0 – 99..... 100 – 200..... 201 – 300.....
+ de 300.....

Fuente de ingresos: Ninguna..... Familiares..... Gobierno.....
Autónomo.....

Factores culturales

Consumo de tabaco: Nunca..... Ocasionalmente..... Diariamente.....

Consumo de alcohol: Nunca..... Ocasionalmente..... Diariamente.....

Consumo de gaseosas: Nunca..... Ocasionalmente..... Diariamente.....

Consumo de café: Nunca..... Ocasionalmente..... Diariamente.....

**Hábitos alimenticios**

Usted consume los siguientes alimentos:

Carnes: Nunca..... Ocasionalmente..... Diariamente.....

Vegetales: Nunca..... Ocasionalmente..... Diariamente.....

Frutas: Nunca..... Ocasionalmente..... Diariamente.....

Harinas (arroz, fideos, papas): Nunca..... Ocasionalmente.....

Diariamente.....

Otros.....

ESCALA MNA

Peso		Altura Talón Rodilla	
Talla		Perímetro Braquial	
IMC		Perímetro de la pantorrilla	

PRIMERA PARTE**PUNTAJE**

<p>A.- ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual</p>	
<p>B.- Pérdida de peso durante los últimos 3 meses.</p> <p>0 = Pérdida de peso mayor de 3 kilos 1 = No sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kilos 3 = Sin pérdida de peso</p>	
<p>C.- Movilidad</p> <p>0 = Tiene que estar en cama o en una silla 1 = Capaz de levantarse de la cama o silla, pero no de salir 2 = Puede salir</p>	
<p>D.- ¿Ha sufrido una enfermedad aguda o un estrés psicológico en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = sí 1 = No</p>	
E.- Problemas neuropsicológicos	



2 = Se autoalimenta sin ningún problema	
O.- ¿Se considera el paciente bien nutrido? 0 = desnutrición importante 1 = No sabe o desnutrición moderada 2 = Sin problemas nutricionales	
P.- En comparación con personas de su edad, ¿cómo encuentra su estado de salud? 0.0 = Peor 0.5 = No lo sabe 1.0 = Igual 1.5 = Mejor	
Q.- Perímetro Braquial 0.0 = PB < 21 0.5 = $21 \leq PB \leq 22$ 1.0 = PB > 22	
R.- Perímetro de la pantorrilla 0 = PP < 31 1 = PP \geq 31	
PUNTAJE TOTAL	

Total Puntos

Primera parte	
Segunda parte	
Total	

Bien Nutrido (>24 pts.)- Riesgo Desnutrición (17 a 23.5 pts.) -Desnutrido (<17 pts.)