



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. DE ENFERMERÍA**

TESIS

**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CLUB SOCIAL LOS TRIUNFADORES LAS LOMAS DE
VILLA ANCÓN - 2012**

PRESENTADO POR

**MEJIA CCAHUANA, CHELA CELEDONIA
PALOMINO MEZA, SONIA PATRICIA**

ASESOR

QUISPE ROSALES, PEDRO PABLO

Los Olivos, 2016



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB SOCIAL
LOS TRIUNFADORES LAS LOMAS DE VILLA
ANCÓN – 2012**

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

**PRESENTADA POR:
Mejia Ccahuana, Chela Celedonia
Palomino Meza, Sonia Patricia**

**Lima-Perú
2016**

SUSTENTADO Y APROBADO ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Rosa Eva Pérez Siguas
Presidente

Rosa Casimira Tuse Medina
Secretario

Alfredo José Pipa Carhuapoma
Vocal

Pedro Pablo Quispe Rosales
Asesor

**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB SOCIAL
LOS TRIUNFADORES LAS LOMAS DE VILLA
ANCÓN – 2012**

Dedicatoria

A Dios, todo poderoso: Por darnos tanta dicha en la vida y permitirnos llegar hasta aquí. A nuestros familiares, quienes son nuestro principal apoyo y el motor que nos mueve a superarnos no solo como futuros profesionales sino como personas.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento y origen del problema.....	14
1.2. Formulación del problema	19
1.3. Justificación del estudio	19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual histórico social de la realidad.....	21
2.1.1. Distrito de Ancón	21
2.1.2. Club social Los Triunfadores	23
2.2. Marco Teórico conceptual.....	24
2.2.1. El adulto mayor	24
2.2.2. Características sociodemográficas.....	24
2.2.3. Características generales del adulto mayor	27
2.2.4. Nutrición en el adulto mayor.....	31
2.3. Antecedentes de la Investigación	50
2.3.1. Internacional.....	50
2.3.2. Nacional	52
2.4. Objetivos.....	54
2.4.1. Objetivo general	54
2.4.2. Objetivos específicos	54

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo/diseño del estudio	55
3.1.1. Nivel, tipo y método usado	55
3.1.2. Descripción de sede de estudio	55

3.2. Población	55
3.2.1. Criterio de inclusión	56
3.2.2. Criterio de exclusión	56
3.3. Variable.....	56
3.3.1. Definición conceptual	56
3.3.2. Definición operacional	56
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos	57
3.4.1. Medición de la talla.....	57
3.4.2. Técnicas de medición perímetro braquial.....	57
3.4.3. Índice de masa corporal	58
3.5. Proceso de recolección de datos	58
3.6. Técnica de procesamiento y métodos de análisis de datos	58
3.7. Aspectos éticos.....	58
3.7.1 Autonomía.....	59
3.7.2 Justicia.....	59
3.7.3 No maleficencia.....	59
3.7.4 Anonimato.....	59
3.7.5 Privacidad.....	59
3.7.7 Honestidad.....	59
3.7.8 Consentimiento.....	59

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	60
4.1.1. Descripción de datos sociodemográficos	60
4.2. Discusión	66

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	68
5.2. Recomendaciones	69

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	74

Índice de gráficos

- Gráfico 1.** Estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 201261
- Gráfico 2.** Estado nutricional según la valoración antropométrica del estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 201262
- Gráfico 3.** Estado nutricional según de la valoración global del estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 2012.....63
- Gráfico 4.** Estado nutricional según la valoración dietética del estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 2012.....64
- Gráfico 5.** Estado nutricional según de la valoración subjetiva del estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 2012.....65

Índice de anexos

Anexo A	Operacionalización de variables.....	75
Anexo B	Documento de autorización.....	76
Anexo C	Consentimiento bajo información.....	77
Anexo D	Mini evaluación nutricional.....	78
Anexo E	Resultados complementarios.....	82

Resumen

En la actualidad, el problema del adulto mayor es política de Estado; por eso, es importante estudiar algunas de sus características como es el estado nutricional. Con el fin de lograr un envejecimiento exitoso, surge entonces la necesidad de investigar el estado nutricional del Adulto Mayor del club social Los Triunfadores Las Lomas de Villa Ancón 2012. **Objetivo:** Determinar el estado nutricional que presentan los adultos mayores del club social los triunfadores las Lomas de Villa Ancón 2012 mediante un instrumento de evaluación nutricional validado Mini Nutritional Assessment (MNA). **Metodología:** Este estudio es de tipo descriptivo transversal realizado en 70 adultos mayores ubicado en el distrito de Ancón a los que se aplicó un instrumento validado Mini Nutritional Assessment (MNA) para determinar el estado nutricional en normal, riesgo de desnutrición y desnutrición. Se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables. **Resultados:** Los resultados obtenidos revelaron que el 42.86% de la población de estudio se encuentra en riesgo de desnutrición, el 38.57% en desnutrición. **Conclusión:** Más de la mitad de los adultos mayores del club social Los Triunfadores se encuentra en estado nutricional en riesgo y desnutrición. Esto se podría relacionar a las condiciones de extrema pobreza de los pobladores. El MNA predice de forma oportuna el riesgo de malnutrición en los adultos mayores. Los adultos mayores del club social Los Triunfadores se encuentran en riesgo de desnutrición en sus dimensiones de valoración antropométrica, global, dietética y subjetiva.

Palabras clave: Nutrición, Adulto Mayor

Abstract

At present, the problem of the elderly is State policy; so it is important to consider some of its features such as nutritional status. In order to achieve successful aging, there arises the need to investigate the nutritional status of the Elderly Social Club winners Lomas de Villa Ancon 2012. **Objective:** To determine the nutritional status presented by seniors from the social club winners Lomas de Villa Ancon 2012 by a validated nutritional assessment tool Mini Nutritional Assessment (MNA). **Methodology:** This study is descriptive cross conducted in 70 elderly located in the district of Ancon to a validated instrument Mini Nutritional Assessment (MNA) was applied to determine the nutritional status fed, malnutrition and risk of malnutrition. Descriptive statistics were used to analyze the variables. **Results:** The results revealed that 42.86% of the study population is at risk of malnutrition, malnutrition 38.57% to 18.57% and are well nourished. In addition, the 51.40% of male represents the highest percentage of the population and 48.60% of female gender. Also, the age group 60-71 years represented 70.00% followed by 30.0% between 72 and 86 years. **Conclusion:** The nutritional status of older adults is similar to other studies. Gender and age influences the group of malnutrition; this is due to the changes facing throughout life. The nutritional status of elderly social club winners Lomas de Villa Ancon 2012 presents a prevalence of 42.86% for risk of malnutrition, in anthropometric assessment in 80.00% for risk of destruction, global valuation to risk 77.14% destruction, 55.71% in dietary assessment for risk of destruction and subjective valuation risk 88.57% for destruction.

Keywords: Nutrition, Elderly

Introducción

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, no podemos considerarlo como una enfermedad, ni como producto de una única causa.

Hoy en día, la proporción de población con edad superior a los 60 años (adulto mayor) está en constante y rápido crecimiento en diferentes partes del mundo, evidenciándose un incremento de 204 millones en 1950 a 577 millones en 1998, estimándose que en el año 2050 este grupo poblacional puede aproximarse a 1900 millones, según el Ministerio de Salud (MINSa).

El Perú en el presente año cuenta con una población de adulto mayor 2 millones 620 mil 460 habitantes, cifra que representa el 8,8% de la población total del país, es decir, unas de cada diez personas integran este segmento poblacional; lo dio a conocer el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el marco de las celebraciones por el Día del Adulto Mayor. Algunos adultos mayores muestran un deterioro en su estado nutricional, esto debido muchas veces a la pérdida de su independencia, nivel socioeconómico, entre algunas causas a mencionar.

En la actualidad, se considera al problema de la desnutrición como uno de los grandes síndromes geriátricos, y la responsabilidad de actuar no solo en la solución sino en la prevención, el diagnóstico precoz. Es así como aparece el instrumento Mini valoración nutricional (MNA), con una gran aceptación en el ámbito clínico y comunitario, ya que abarca cuatro dimensiones necesarias de conocer para identificar problemas nutricionales como son: valoración antropométrica, valoración global, valoración dietética y la valoración subjetiva.

La presente investigación comprende cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo I: Planteamiento y origen del problema. En este capítulo se expone la situación actual del adulto mayor a nivel nacional e internacional, así como estudios

que se hayan realizado en torno al estado nutricional. Se formula el problema y se plantean los objetivos tanto generales como específicos en relación a la problemática que motiva la presente investigación y la justificación con los problemas que se presenta.

Capítulo II: Marco Teórico, donde se plantean teorías y conceptos en base al envejecimiento tanto a nivel nacional e internacional de manera detallada. Se citan estudios nacionales e internacionales sobre la valoración del estado nutricional del adulto mayor. También se definen los instrumentos para medir el estado nutricional, con una mayor ampliación en nuestro instrumento (MNA).

Capítulo III: Metodología. Se detalla la manera de desarrollo de la encuesta del MNA, haciendo hincapié por su naturaleza, en la forma de operacionalización de las dimensiones de investigación, especificando en las dimensiones de nuestro instrumento.

Capítulo IV: Resultados y discusión, donde se detallan los resultados obtenidos de las dimensiones. Asimismo, se describe la parte teórica de la investigación con las dimensiones analizadas, las similitudes o diferencias en la información obtenida.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. En este capítulo se narran las conclusiones obtenidas de la investigación, precisión de los datos más resaltantes; asimismo, se brinda recomendaciones de manera general para mejorar e intervenir de manera adecuada con relación al estado nutricional de los adultos mayores.

Esperamos que este trabajo sea un aporte útil a la actividad investigativa de nuestra profesión.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento y origen del problema

El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% anual, incrementando la población de los adultos mayores de 60 años cada año. Se calcula a nivel mundial que viven 600 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que en el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2 000 millones de personas. Si bien el envejecimiento de la población se presenta en todo el mundo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio. El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida.

La Organización Panamericana de la Salud realizó en 1999 la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) para evaluar el estado de salud de la población de individuos mayores de 60 años en siete ciudades de América Latina y El Caribe, incluyendo las enfermedades registradas con más frecuencia, a partir de la cual se identificaron las siguientes: hipertensión arterial, problemas articulares, reumatismo, desnutrición y osteoporosis ⁽¹⁾.

La población peruana de 60 y más años de edad, en la actualidad, es de 2 millones 620 mil 460 habitantes, cifra que representa el 8,8% de la población total del país, es decir, una de cada diez personas, integran este segmento poblacional; lo dio a conocer el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el marco de las celebraciones por el Día del Adulto Mayor.

También refiere que entre los años 2011 y 2021, la población de 60 y más años de edad presentará una tasa de crecimiento promedio anual de 3,6%, con un incremento en dicho periodo de 1 millón 106 mil 74 habitantes. Del total de la población perteneciente a este grupo poblacional, el 53,3% (1 millón 395 mil 664 personas) es integrada por la población femenina y el 46,7% (1 millón 224 mil 796 personas) por la población masculina. Asimismo, para el año 2021 esta tendencia se mantendría debido a que para ese año se prevé que el 53,4% (1 millón 991 mil 485) serán mujeres y el 46,6% (1 millón 735 mil 49 personas) hombres ⁽¹⁾.

A nivel de ámbito geográfico, la proporción de población de adultos mayores en el área rural es 9,6% mayor que en Lima Metropolitana (9,2%) y el Área Urbana (9,0%). Así también, en el grupo de edad de 60 a 79 años de edad se observa una mayor proporción en el área rural (8,0%) que en el área urbana (7,6%) y en Lima Metropolitana (7,4%). Por otra parte, el grupo de 80 y más años de edad, representa el 1,6% en el área rural y 1,4% en el área urbana. Comparando el trimestre de análisis con el trimestre enero, febrero, marzo del año anterior por ámbito geográfico, se observa que la población de 60 a 79 años de edad se incrementó en Lima Metropolitana y en el Área Urbana (0,9 y 0,4 puntos porcentuales, respectivamente); en tanto, que en el Área Rural se redujo en 0,2 punto porcentual, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) ⁽²⁾.

Uno de los aspectos esenciales a tener en cuenta durante el envejecimiento es el estado nutricional del adulto mayor que se ve afectado por los inadecuados hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida, además de los trastornos que surgen del proceso de envejecimiento como la disminución del apetito, disminución de la ingesta de agua y otros nutrientes esenciales; todo ello puede llevar a que éstas personas se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes⁽³⁾.

Se considera que existe malnutrición cuando aparece un desequilibrio entre el aporte de macro, micros nutrientes y las necesidades de los mismos. La

vejez ha sido considerada clásicamente como una etapa propicia para generar déficit nutricional y enfermedades agudas y crónicas. Entre estas dos situaciones patológicas existe una relación recíproca, de forma que enferman más las personas mayores desnutridas y se desnutren más las personas mayores enfermas, de este modo la malnutrición es considerada como uno de los grandes síndromes geriátricos debido a su origen multifactorial.

Es conocido que en el adulto mayor se altera la percepción del gusto, a su vez, se elevan los umbrales de detección y reconocimiento para dulces, amargo, salado y agrio; en cuanto al sentido del olfato también se altera, por ello, esta disminución de sensaciones puede reducir el agrado de comer y perjudicar el estado nutricional; también, con los numerosos cambios en el tubo digestivo que pueden influir en el estado nutricional del adulto mayor, partiendo por la boca, las alteraciones en la dentadura, casi universales en este grupo etéreo, conducen a un cambio en la consistencia de los alimentos que deben consumir, así mismo, se pierden las piezas dentarias, por lo cual, deben usar prótesis, perdiendo eficiencia masticatoria, por ello, las personas portadoras de prótesis tienen una disminución en la capacidad para percibir sabores, consistencia y textura de los alimentos. El estado de salud bucal es un condicionante de la ingesta alimentaria, pero no una causa directa de déficit nutricional. Los Adultos Mayores adecúan su ingesta alimentaria en términos de consistencia a su estado bucal sin importar la calidad de los alimentos en relación a sus necesidades nutricionales reales ⁽³⁾.

A nivel nacional, el MINSA reportó que la prevalencia de desnutrición en adultos mayores es más alta que la encontrada en menores de 60 años, asimismo, mencionan que más de la mitad de las personas mayores de 60 años que se controlan en consultorios del sistema público de salud tienen problemas de sobrepeso u obesidad. El MINSA como ente rector del sistema nacional de salud es el encargado de proveer de atención a los adultos mayores mediante la Estrategia de Salud del Adulto Mayor que se encarga de realizar actividades preventivas promocionales, así como atenciones curativas al usuario geriátrico desde los 65 años a más ⁽³⁾.

Velázquez y col. concluyen que la población adulta mayor ha aumentado y la desnutrición en este sector de la población es un problema serio y frecuente, aunque es indudable que la desnutrición contribuye significativamente al aumento de la morbilidad y la mortalidad de los adultos mayores.

En nuestro país, desafortunadamente, el conocimiento en materia de nutrición de los adultos mayores es limitado; sin embargo, se sabe que la desnutrición proteico-energética en los individuos mayores de sesenta años es la causa principal de deterioro funcional, y que la nutrición influye sustancialmente en el estado de salud general de los adultos mayores.

Un estudio realizado por el Área de Nutrición y Bromatología de La Facultad de Ciencias Ourense en Colima- Colombia (2009) en la tesis Evaluación del Riesgo Nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada nos indica que el estado nutricional en adultos mayores es aún más grave en personas del sexo femenino, para este estudio se usó el MNA, teniendo como factores de riesgo, haber sufrido recientemente una enfermedad o demencia, poli medicación y la movilidad restringida. En general, los hábitos dietéticos indican que más de la mitad no incluye alimentos proteicos en forma habitual en las comidas diarias y el consumo de líquidos es inferior al recomendado.

En esta misma labor de investigación y consulta se encontró el trabajo especial presentado en el 2010 titulado: Estado nutricional como determinante de la calidad de vida de los adultos mayores del programa de comedores de la zona sur oriental del municipio de Sincelejo – Sucre – Colombia ⁽⁴⁾.

La relación entre la nutrición y el estado de salud de las personas de edad ha sido tema de investigaciones. Se propone una forma novedosa de relacionar factores nutricionales con el deterioro cognitivo, el cual se conoce por sus siglas NAME (Nutrition, Aging, and Memory Elder).

Semba y col. encontraron que las concentraciones bajas de micronutrientes es un factor de riesgo para la debilidad ósea y muscular entre adultas mayores

discapacitadas y que el riesgo de fragilidad capilar se incrementa con el número de micronutrientes deficientes.

Coudray y col. estudiaron: “Los efectos de la edad sobre la absorción intestinal y el nivel de calcio, magnesio, zinc y cobre en ratas”. Encontraron que los efectos del envejecimiento sobre la absorción intestinal de minerales y su nivel difieren grandemente según los minerales considerados; por lo que se requiere seguir estudiando bajo diferentes condiciones nutricionales para explorar a fondo los mecanismos durante el envejecimiento para establecer la mejor nutrición en el adulto mayor ⁽⁴⁾.

En el Perú existe escasa información de la situación nutricional de adultos mayores de 60 años; esto motivó a estudiantes de la Universidad Nacional Federico Villareal a realizar una investigación sobre el estado nutricional de un grupo de adultos mayores no institucionalizados por medio de una evaluación antropométrica y dietética. El estudio estuvo compuesto por 53 adultos mayores entre 60 y 92 años, residentes en un área urbana marginal de Lima. Los datos dietéticos se recogieron por el método de recordatorio de 24 horas y se utilizó el Programa de Vigilancia Automatizada de Dietas (VAD) para calcular los porcentajes de adecuación. Se determinó el índice de masa corporal (IMC). Se halló una situación nutricional desfavorable; el consumo energético no fue satisfactorio en la mayoría de los ancianos (94%), y estaba en situación muy crítica el 36 % de ellos. El consumo de proteínas es deficitario en el 76 % de los adultos mayores, el mayor aporte de proteínas proviene de los animales como, por ejemplo: lácteos, carnes, huevos, etc., lo cual es inferior a las recomendaciones dietarias. La ingesta más baja de micronutrientes corresponde a zinc, ácido fólico, hierro y calcio. Según el IMC se reporta 77 % de ancianos malnutridos (63 % por exceso y 14 % por déficit). Los hallazgos de carencias alimentarias serían incongruentes con el IMC. Se indica la necesidad de ampliar estudios para caracterizar los problemas nutricionales de este grupo poblacional ⁽⁵⁾.

Por último, es destacable y oportuno mencionar que los diversos estudios de salud y nutrición realizados en nuestro país se han venido desarrollando con

una política de salud dirigida a la erradicación de los problemas nutricionales ocasionados por deficiencia, tales como la desnutrición crónica. Como consecuencia de ese hecho se ha generado que existan en la actualidad pocos estudios en nuestro país que permitan determinar la situación nutricional de nuestra población adulta a nivel nacional que permitan actuar y detener el incremento de patologías crónicas no transmisibles con las políticas en salud adecuadas.

Esta realidad no es ajena a la que pudieran padecer los adultos mayores del club social de la tercera edad Los Triunfadores conformado por aproximadamente 80 socios de escasos recursos económicos en su afán de conseguir la ansiada pensión 65, actualmente se reúnen con el fin de realizar actividades de recreación, tejido y actividades culinarias que les permiten sobrevivir.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el estado nutricional del adulto mayor del club social de la tercera edad Los Triunfadores en las Lomas de Villa de Ancón en el distrito de Ancón - 2012?

1.3. Justificación del estudio

La labor de enfermería en el ámbito preventivo promocional está basada en el cuidado de las personas y su familia durante el proceso de salud y enfermedad, incluyéndose la atención en los adultos mayores. El club social de la tercera edad Los Triunfadores está conformado por adultos mayores con escasos recursos, a veces reciben apoyo de entidades externas ya que no tienen ningún vínculo con la municipalidad o alguna institución del Estado. Estas precarias condiciones pueden influir directamente en el estado nutricional de los adultos mayores por el desconocimiento del consumo de una dieta balanceada que les permita satisfacer sus necesidades nutricionales.

Después de una amplia revisión de la literatura, no hemos hallado estudios anteriores que evalúen el estado nutricional de los adultos mayores, hecho que creemos de vital importancia para el futuro desarrollo de programas de salud tanto en su vertiente preventiva como de tratamiento.

Este trabajo de investigación aportará y generará conocimiento científico en relación con el estado nutricional de los adultos mayores, ya que los resultados nos ayudarán a tener una visión completa y veraz de la situación en la que se encuentran este grupo etario.

Asimismo, los resultados de este proyecto de investigación contribuirán a la ampliación de los contenidos curriculares referente a la salud del adulto mayor además de servir como fuente bibliográfica o de referencia a los profesionales de la salud que les permita desarrollar futuros trabajos de investigación similares, buscando alternativas de solución para mejorar el estado nutricional del adulto mayor.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual histórico social de la realidad

2.1.1. Distrito de Ancón

A. Historia del distrito de Ancón

Ancón fue creado como un pueblo de pescadores hace 40 siglos por la civilización indígena Ancón-Supe, una de las más antiguas de la costa peruana. Durante la colonia hispana, el lugar fue conocido como "Pueblo de Pescadores de ancón". Sus pacíficas aguas son llamativas para quienes gustan de los deportes de aventura y la navegación.

B. Ubicación y límites

El distrito peruano de Ancón es una localidad costera del Perú situada a 46 kilómetros al norte del centro de Lima, limitada por el norte con el distrito de Aucallama (Huaral), al noreste con el distrito de Huamantanga (Canta), al este y sur-este con el distrito de Carabaylo, al sur con el distrito de Puente Piedra (en la provincia de Lima) y distrito de Ventanilla (Callao), al suroeste con el distrito de Santa Rosa, y finalmente, por el oeste limita con el Océano Pacífico.

C. Clima

Variación marcada entre los meses de invierno y los de verano, considerándose a febrero y marzo como los más caliente y entre julio y

septiembre como los más fríos. Aunque esta variación de temperatura es notable, el efecto moderado del mar evita que la amplitud térmica anual de la zona sea de gran magnitud.

D. Características sanitarias

El diagnóstico de salud y educación nos permite identificar el bajo nivel de desarrollo y de cobertura de servicios de salud y educación que brindan actualmente estos sectores del estado en el distrito de Ancón. En el sector salud, se identificó al centro de salud materno infantil como el segundo mayor visitado luego del hospital de Puente Piedra, donde acuden la mayoría de los pobladores de Ancón para atenderse. En el sector de educación, se identificó que la mayoría de la población tiene primaria completa y muy pocos llegan a optar y terminar estudios secundarios y superiores. En el informe se detallan las tasas de natalidad, mortalidad, morbilidad, y niveles de educación del distrito.

E. Características socioeconómicas

Ancón tiene una dinámica sociocultural heterogénea, debido a los diferentes procesos históricos que la han ido modelando como un distrito que se activa económicamente en la época de verano. Esta caracterización del distrito de Ancón y permitió identificar a grupos sociales bien diferenciados por las propias actividades que realizan, estratificándolos en tres zonas, la zona balneario, la zona centro y la zona asociaciones, donde sus pobladores desarrollan diferentes actividades, como los comerciantes formales e informales, los obreros, empleados públicos y privados que trabajan fuera del distrito, como también, a los pobladores que practican el náutico y la pesca artesanal en la bahía de Ancón, preferentemente en la época de verano.

2.1.2. Club social Los Triunfadores

A. Historia del Club Social Los Triunfadores

La historia de Los Triunfadores es la historia de pioneros provincianos de 60 a más años que han convertido, de manera autogestionaria, un terreno precario del asentamiento en un paraíso revitalizante de risas, tejidos multicolores, ejercicios físicos, kermeses y esteras.

El club social Los Triunfadores Las Lomas de Villa Ancón fue fundado por los propios adultos mayores el 6 de setiembre del 2011 para organizar sus intentos por acceder a Pensión 65, a veces acertados, a veces fallidos.

B. Características del Club Los Triunfadores

A Villas de Ancón, el asentamiento humano ubicado a la altura del km 49 de la Panamericana Norte, en el que viven él y las otras 81 personas adultas mayores que integran el Club Social de la Tercera Edad Los Triunfadores, solo se puede llegar en auto.

En el club hay gente de diversos puntos de la costa, sierra y selva del país. Al menos el 50% de los socios viven solos, cuidando terrenos invadidos por sus hijos que viven en Lima.

Los integrantes del club Los Triunfadores viven en una zona alejada de Ancón, muy cerca de Pasamayo.

No están conectados con la municipalidad distrital ni con alguna otra entidad del Estado. Sobreviven como club gracias a las actividades culinarias que organizan y a los aportes de personas generosas y de la ONG Cambiando Vidas.

2.2. Marco Teórico conceptual

2.2.1. El adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adulto mayor (AM) como la persona mayor de 65 años. A partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etáreo, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

Las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. En algunos sujetos la adaptación a los cambios de la vejez no se produce, y se generan daños que pueden ser irreversibles ⁽⁶⁾.

Genua y Miró refieren la vulnerabilidad o fragilidad que presentan algunos ancianos, relativamente frecuentes en la práctica diaria. Son pacientes que se encuentran en un equilibrio inestable, con riesgo de perder la estabilidad llegando a una situación de incapacidad y dependencia cuando se enfrentan a un agente o proceso externo que actúa sobre ellos. Entre los factores determinantes se destacan la situación y soporte social, diferentes enfermedades, en especial las crónicas, la hospitalización, institucionalización o cualquier situación de orden psíquico o físico que comprometa la autonomía que poseen ⁽⁷⁾.

2.2.2. Características sociodemográficas

Durante el siglo XX, la región de América Latina y El Caribe ha presentado un incremento de su población alcanzando hoy en día aproximadamente los 520 millones. De acuerdo a las proyecciones medias muestran que entre el año 2000 y el 2025, la región incrementará

en 180 millones de habitantes, más de un tercio de ese aumento corresponderá a la población adulto mayor.

A mediados de la década de los sesenta, la mayoría de los países de América Latina y El Caribe iniciaron el proceso de transición demográfica, no presentándose de manera pareja entre los países ni al interior de ellos. Las coexistencias de diferentes realidades, asociadas con el periodo de la transición demográfica, han traído consigo repercusiones sociales, éticas, económicas y políticas que marcan la diferencia en la prioridad de cada situación nacional y local. Los cambios evidencian mayores diferencias interregionales y según los grupos sociales, sin embargo, se ha presentado una disminución de estas diferencias con el advenimiento de la modernización y la preferencia de la vida en ciudades ⁽⁸⁾.

En América Latina y El Caribe, la transición demográfica está más avanzada en los países de mejor nivel de desarrollo y, al interior de éstos, en los estratos sociales de superiores ingresos, ello se ha podido observar que, en la disminución de la mortalidad, se ha iniciado en los grupos socioeconómicos más altos de la sociedad para luego difundirse a toda ella en su conjunto.

A. Adulto mayor en el Perú

Con los resultados de los cambios demográficos ocurridos en el Perú en las últimas décadas, principalmente la rápida caída de la mortalidad a partir de la década de los 40, el consecuente aumento de la esperanza de vida al nacer y el descenso de la fecundidad a partir de la década de los 70, la población mayor de 60 años se ha incrementado en las dos últimas décadas a un ritmo muy superior que el crecimiento de la población total. Esto ha producido que solo de 1993 a 2007 la población mayor de 60 años haya aumentado en 62%, es decir, que en 2007 teníamos 951,956 más de personas adultas mayores que en 1993 (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA) ⁽⁹⁾.

La manera como se distribuyen las personas adultas mayores en el territorio nacional está ligada a la forma en que se ubica la población total por región. La alta concentración de la población en Lima Metropolitana hace que un tercio de la población de 60 años y más se ubique en esta ciudad. El conjunto de departamentos del noroeste del país (incluyendo a Cajamarca), mantienen una tasa considerable de personas adultas mayores, representando el 26.4% del total nacional. La macro región que le sigue en importancia la constituyen los departamentos ubicados en el sur andino (Puno, Cusco, Ayacucho, Huancavelica y Apurímac), con el 14.9% del total nacional. Hay que considerar el tamaño absoluto que representa la población de 60 y más años en la ciudad de Lima, pues teniendo en cuenta las 815,590 personas de ese grupo etáreo, y suponiendo de manera conservadora el mismo ritmo de crecimiento del período anterior (4.3% promedio anual), Lima Metropolitana alcanzaría el millón de personas adultas mayores entre el 2011 y el 2012 ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, el incremento progresivo de la población adulta mayor en nuestro país, se está convirtiendo en un problema de salud pública, que requiere una concientización y toma de decisiones en torno a mejorar el estado nutricional del adulto mayor toda vez que no ha sido prioridad atender los por la diversidad de problemas existentes en los otros grupos de edad, Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, es un agravante que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico en el curso de patologías agudas. Se sabe que en los adultos mayores existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo se enferman más los adultos mayores desnutridos y se desnutren más los adultos mayores enfermos. Por otra parte, un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de la función en los diferentes órganos y sistemas ⁽¹⁰⁾.

B. Adulto mayor en el Mundo

El incremento de la esperanza de vida se da como un proceso tanto en los países de primer mundo como en los países en vías de desarrollo; según organismos internacionales en la actualidad existen alrededor de 70 millones de personas mayores de 80 años; y, se prevé que para el año 2050 la cantidad de personas mayores de 80 años superen los 350 millones. Por ese motivo, la visión a futuro es la de tener personas envejecidas con buena salud, nutrición y función ⁽⁸⁾.

El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% de los adultos mayores de 60 años cada año. Se calcula a nivel mundial que viven 600 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que en el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2 000 millones de personas. Si bien el envejecimiento de la población se presenta en todo el mundo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio. El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida ⁽⁸⁾.

Cualquier aspecto a investigar relacionado con el envejecimiento debe partir del referente teórico del mismo, es por ello que el punto de partida del marco teórico de la presente investigación es la definición o teoría del envejecimiento.

2.2.3. Características generales del adulto mayor

El estado nutricional del adulto mayor se ve afectado por las características del envejecimiento que es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares celulares, fisiológicos, los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente y en parte se deben a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda

la vida. Los cambios del proceso de envejecimiento afectan de manera diferente a las personas unas permanecen sanas siempre que su estado nutricional sea bueno, sin embargo, una proporción creciente de otras personas se vuelven frágiles, con disminución de la función visual, incremento de las alteraciones cognitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, que pueden reducir sus posibilidades, la disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. Todo ello puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes ⁽¹¹⁾.

Se plantean las características y los cambios fisiológicos que se producen en las personas mayores con relación a la salud bucal, al sistema gastrointestinal, a la composición corporal y al funcionamiento renal que modifican el consumo de alimentos y el aprovechamiento de los nutrientes durante la vejez. En este mismo sentido se propone alternativas para mejorar la alimentación y la nutrición de los adultos mayores, teniendo en cuenta las necesidades de energía, proteínas, minerales, vitaminas y de agua. También se analiza la importancia de los factores culturales, sociales y psicológicos en la alimentación y nutrición de las personas de la tercera edad ⁽¹²⁾.

A. Salud bucal

Lo ideal sería que los seres humanos llegaran a la vejez con la dentadura natural en buen estado, pero la realidad es que en la mayoría de los casos los ancianos, y especialmente los que están en situación de pobreza, tienen la dentadura en mal estado, con endodoncia total o parcial que limita la masticación adecuada, especialmente, de alimentos duros, y exige cambios en la consistencia de los mismos (puré, molidos, flanes, sopas, coladas, jugos, gelatinas).

Otro problema frecuente son las prótesis desadaptadas que causan maltrato en la cavidad oral y dificultades en la masticación y trituración

de los alimentos. Estas deben revisarse con periodicidad, cambiarse cada cinco años y deben retirarse durante la noche para permitir a los tejidos su recuperación ⁽¹²⁾.

En cuanto al sentido del gusto, se evidencia reducción en un 80% de las papilas gustativas anteriores, con la consiguiente pérdida de la habilidad para diferenciar sabores especialmente el dulce y el ácido, disminución en la sensación de calor o frío, lo que los hace susceptible a quemaduras en la mucosa oral por la tendencia a ingerir alimentos muy calientes, adicionalmente puede haber pérdida de la elasticidad de músculos y cartílagos laríngeos, sumado a la atrofia de la mucosa oral y disminución de la sensibilidad del reflejo tusígeno y de la deglución. Lo cual altera la alimentación ⁽¹²⁾.

B. Sistema gastrointestinal

Con el paso de los años los diferentes sistemas se van deteriorando y las funciones que cumplen se aminoran, por ejemplo, en el sistema gastrointestinal se disminuyen las hormonas y enzimas digestivas, lo cual afecta el apetito y la capacidad de absorción y digestión de los alimentos y de los nutrientes. Se produce hipoclorhidria causando gastritis atrófica, incluyendo un mayor pH gástrico e intestinal y un sobre crecimiento bacteriano en el intestino delgado.

Las personas de la tercera edad pueden sufrir de estreñimiento porque hay disminución de la motilidad gastrointestinal, pérdida del tono muscular, ingesta insuficiente de líquidos, inactividad física y estrés psicológico. Para disminuir este problema se recomienda, aumentar el consumo de líquidos, especialmente agua (3 a 4 vasos al día), si no hay problemas renales o patologías cardiovasculares donde su consumo este contraindicado, e incrementar el suministro de alimentos que contengan fibra insoluble (celulosa, hemicelulosa y lignina), esta causa mayor retención de agua, ayuda a aumentar la masa fecal y a disminuir el tiempo de tránsito intestinal, facilitando las evacuaciones.

C. Composición corporal

En la vejez hay cambios en la composición corporal, la masa magra se disminuye y es reemplazada por grasa y tejido conectivo, es decir, se da un proceso de sarcopenia (disminución del tejido muscular). En los adultos mayores el aumento de grasa en su cuerpo los puede llevar al sobrepeso o a la obesidad, especialmente en los casos en que hay incremento de la ingesta calórica y disminución de la actividad física realizada ⁽¹³⁾.

Orientar estos aspectos, cada anciano tiene su propia forma de envejecer, sus dolencias y sus patologías, y su forma de asumirse como viejo. La ignorancia sobre aspectos de alimentación y nutrición, las limitaciones económicas, el estilo de vida, las incapacidades físicas que interfieren con la compra, la preparación y el consumo de alimentos, la soledad, los trastornos mentales y el consumo de medicamentos que interfiere con la absorción de los nutrientes son aspectos que pueden afectar la nutrición ⁽¹³⁾.

D. Funcionamiento renal

La función de los riñones puede disminuir hasta en un 50% con el proceso de envejecimiento, la velocidad de filtración glomerular se ve disminuida dando lugar a limitaciones en el manejo de residuos nitrogenados y de los electrolitos. Por lo cual una sobrecarga de proteínas puede dar origen a una nefropatía geriátrica. En este mismo sentido el riñón pierde la habilidad para excretar residuos de medicamentos, factor que debe ser tenido en cuenta en la formulación de los mismos, el número, la cantidad y la utilidad, con previo análisis del costo/beneficio ⁽¹³⁾.

2.2.4. Nutrición en el adulto mayor

A. Características y requerimientos nutricionales

▪ Necesidades de nutrientes

Las necesidades de los nutrientes no cambian en la vejez a no ser que se tengan otras patologías de base. Las personas mayores de 60 años tienen necesidades de energía, nutrientes y alimentos especiales.

Estas recomendaciones especifican las cantidades de energía y de cada uno de los nutrientes que un individuo necesita para obtener un óptimo estado de salud.

▪ Necesidades de energía

Con el envejecimiento se reduce la cantidad de energía que el cuerpo necesita porque disminuye la tasa metabólica basal, se reduce el tejido muscular y la actividad física. A los ancianos se les recomienda consumir diariamente entre 2.400 y 2.000 kilocalorías diarias varones y las mujeres 2.000 a 1.700 para asegurar el cubrimiento de su requerimiento energético ⁽¹⁴⁾.

Las grasas son una buena fuente de energía, se recomienda consumir 25% de la energía total en esta forma, distribuidas entre mono insaturadas (aceite de ajonjolí, de canola y de oliva), polinsaturadas (Aceites vegetales) y saturadas (vísceras, yema de huevo).

• Proteínas

Las necesidades de proteínas en los adultos mayores aumentan cuando se encuentran enfermos, el incremento de los requerimientos

depende de la duración y gravedad del evento, así como del estrés que pueden inducir a un balance negativo de nitrógeno dando lugar a un mayor riesgo de enfermedad y muerte ⁽¹⁴⁾.

Se recomiendan sobre la ingesta de proteínas para la población geriátrica la cantidad 1-1,25 g/kg/día.

La calidad nutricional de una proteína es la fuente proteica. En otras palabras, la calidad proteica se refiere a la medida en que los aminoácidos de la dieta pueden utilizarse para la síntesis proteica.

Cuando se determinan los requerimientos nutricionales de aminoácidos (y por tanto de proteínas), se suelen expresar como ingestas totales, sin tener en cuenta el hecho de que no todos los aminoácidos presentes en el alimento, pueden ser absorbidos y utilizados. El concepto de biodisponibilidad para cualquier nutriente, incluidos los aminoácidos y otros componentes alimentarios, expresa la proporción de la cantidad total, en este caso de aminoácidos presentes en la dieta, que pueden ser absorbidos y utilizados metabólicamente.

B. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor

Desde la perspectiva psicosocial, los cambios que se generan en el envejecimiento ocurren en los ámbitos de cambios biológicos que corresponde a todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad; cambios psíquicos que se traduce en cambios en el comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias; y, los cambios sociales que estudia el papel del adulto mayor en la comunidad.

- **Cambios biológicos**

Atribuibles con los cambios característicos del avance de la edad que tienen lugar en el organismo (ejemplo, disminución de la agudeza visual, capacidad auditiva o el vigor físico).

La disminución de la competencia fisiológica lo hace más vulnerable en la composición química de su cuerpo a medida que van pasando los años. Hay una disminución de la masa muscular y aumento de las grasas; un incremento del pigmento lipofusión en algunos tejidos y en las interconexiones de algunas moléculas, como el colágeno. Se produce cambios degenerativos en el ritmo de filtración glomerular, como al ritmo cardiaco máximo que puedan llegar. La disminución de las capacidades del organismo influye directamente en la forma de responder adaptativamente a las variaciones del medio ambiente, siendo más vulnerables a la enfermedad, y al mayor riesgo de morir ⁽⁸⁾.

- **Cambios psíquicos**

El envejecimiento de las capacidades intelectuales, con la edad se acelera el declive de las capacidades intelectuales, lo que se traduce en pérdidas de las destrezas para solucionar problemas, deficiencia para la claridad de los procesos de pensamientos, alteración del lenguaje y expresión, alteración de la memoria. Sin embargo, los mayores superan a los jóvenes en un saber proveniente de la experiencia, el que, se conoce con el nombre de inteligencia depurada; el cual establece que al envejecer se refuerzan determinados procesos para compensar quizá, la disminución de la rapidez mental.

Se producen cambios afectivos y en la personalidad que deben ser considerados como normales y esperables, sin embargo, ante situaciones desconocidas influye en la capacidad de adaptación.

Cuando la persona envejece sufre un aumento de la vivencia de pérdidas, sea ésta a nivel real o subjetivo. Son estas pérdidas que lo afectan en todos los ámbitos e implican un proceso de duelo.

El superar la pérdida disminuye la posibilidad de que se produzcan nuevas crisis de identidad o que se atenúen las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores. Cuando los cambios físicos y biológicos generan una pérdida real o subjetiva, se muestran más acentuados los cambios psicológicos.

- **Cambios sociales**

Dependiente del papel que impone la sociedad a las personas que envejecen, el cual es el resultado de actitudes y creencias arraigadas en la sociedad que se traducen en prejuicios contra los adultos mayores, tiene implicancia y dimensiones a los cambios que se generan en el contexto de las estructuras sociales ⁽⁸⁾.

C. Valoración del estado nutricional en el adulto mayor

La evaluación del estado nutricional consiste en la determinación del grado de salud de un individuo o de la colectividad desde el punto de vista de su nutrición.

Un estado nutricional saludable contribuye, sin ninguna duda, a mejorar el estado funcional y mental del individuo y por ende contribuye a mejorar la calidad de vida del mismo, algo sumamente importante en estos tiempos en que se han aumentado claramente los años de supervivencia ⁽¹⁵⁾.

En la actualidad, la valoración del estado nutricional, que además es el primer eslabón del tratamiento nutricional, se subdivide a su vez en dos

apartados bien definidos: El screening o cribado nutricional y la valoración nutricional propiamente dicha.

El objetivo del screening nutricional es identificar a los sujetos malnutridos o que están en riesgo nutricional. Es muy útil en todas las poblaciones, pero sobre todo en la geriátrica, cuando en el cribado nutricional se detectan sujetos en riesgo nutricional, se debe realizar ya una valoración nutricional completa que incluye, encuesta dietética, exploración física general, antropométrica y técnicas de composición corporal más complejas si es posible determinaciones analíticas, estudios inmunológicos, de capacidad funcional, etc.

La valoración nutricional indica el estado nutricional y ayuda a identificar los objetivos de la intervención nutricional ⁽¹⁵⁾.

Del mismo modo, la valoración clínica (signos y síntomas) continúa siendo un elemento importante, aunque a menudo puede resultar tardío e inespecífico ⁽¹⁵⁾.

Otros aspectos a considerar en el proceso de valoración son la identificación oportuna de situaciones de riesgo frecuentes: poli medicación, comorbilidad, demencia, depresión, pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria, incapacidad para realizar la compra de alimentos o para alimentarse por sí mismo, nivel cultural, hospitalización o viudez reciente.

Para una efectiva valoración puede ser necesario aplicar encuestas sobre hábitos y costumbres alimentarias, tratando los aspectos cualitativos y cuantitativos de la dieta; efectuar determinaciones objetivas del estado nutricional: antropometría y en algunos casos bioquímica; identificar el deterioro y la intervención nutricional temprana pueden evitar algunas de las complicaciones de la desnutrición y disminuir ostensiblemente el riesgo de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor, estableciendo oportunamente acciones de prevención.

- **Instrumentos para la medida del estado nutricional del adulto mayor**

Por lo general, los métodos de valoración nutricional existentes no distinguen entre adultos y adultos mayores, a pesar de los cambios en la composición corporal de estos últimos. Por este motivo, se utilizan los mismos parámetros para todos los grupos etáreos, es posible que la población adulta mayor en riesgo nutricional sea detectada tarde y sea imposible prevenir a tiempo las complicaciones derivadas de dicha malnutrición.

- **Parámetros antropométricos**

El mayor atractivo de la antropometría es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria. Sin embargo, las mediciones aisladas son de valor limitado. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en los adultos mayores, considerando que la definición de los estándares adecuados es aún materia de debate. La antropometría tampoco permite una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo, desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral, lo que ocurre con la edad ⁽¹⁵⁾.

También existen dificultades para la estimación de la talla, dada las alteraciones en la columna vertebral que frecuentemente se observan en esta etapa. Aun así, las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica y por su sencillez. Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el adulto mayor son: peso; talla; pliegues tricipital, subescapular y supra ilíaco; circunferencias de brazo, cintura, cadera y pantorrilla; diámetro de la muñeca. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas

variables pues resultan útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los adultos mayores ⁽¹⁶⁾.

a. Peso y talla

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global. El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir la composición corporal. En cambio, la comparación del peso actual con pesos previos, permite estimar la trayectoria del peso. Esta información es de utilidad, considerando que las pérdidas significativas son predictivas de discapacidad en el adulto de edad avanzada. Por esta razón, la pérdida de 2.5 kg en tres meses, debe inducir a una evaluación completa ⁽¹⁶⁾.

b. Índice de masa corporal

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de Quetelet (peso en kg/talla al cuadrado) o índice de masa corporal (IMC). Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente así: mayor que 23 kg/m² y menor que 28 kg/m². No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango no es recomendable, especialmente si se asocian a otros factores de riesgo ⁽¹⁶⁾.

c. Circunferencia de la cintura

Valores de más de 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre, están asociados con un riesgo sustancialmente aumentado de complicaciones metabólicas ⁽¹⁶⁾.

▪ Mini evaluación nutricional (MNA)

La Mini evaluación nutricional (MNA) es un test universalmente utilizado para evaluar el riesgo de malnutrición o el estado de malnutrición en personas adultas mayores. Este test ha sido desarrollado y validado en muestras representativas de personas adultas mayores en varias partes del mundo ⁽¹⁵⁾.

Por este motivo, el Mini Nutritional Assessment (MNA) se constituye en el primer eslabón para realizar la valoración del estado nutricional. Por lo general, los métodos de valoración nutricional existentes no distinguen entre adultos y adultos mayores, a pesar de los cambios en la composición corporal de estos últimos. Por este motivo, si utilizamos los mismos parámetros para todos los grupos etáreos, es posible que los adultos mayores en riesgo nutricional sean detectados tarde y sea imposible prevenir a tiempo las complicaciones derivadas de dicha malnutrición. Los objetivos de la valoración nutricional son: Identificar y cuantificar las causas y consecuencias de la malnutrición en el individuo, valorar la morbimortalidad que presenta el paciente por la malnutrición y valorar si el enfermo se beneficiaría de un soporte nutricional ⁽¹⁵⁾.

Por otro lado, existen artículos que indican la inexistencia de un método reconocido internacionalmente para la valoración nutricional, razón por la cual los investigadores europeos en éste campo, decidieron realizar varias investigaciones teniendo como resultado final el desarrollo de un instrumento de valoración nutricional, el Mini Nutritional Assessment (MNA) propuesto, desarrollado y en proceso

de validación por Vellas y Guigoz, del equipo geriátrico de Toulouse. Los objetivos de ésta escala son: determinar si hay un riesgo de malnutrición y así permitir una precoz intervención nutricional; y detectar la presencia de franca desnutrición tratando de acercarse a sus causas, permitiendo el establecimiento de intervenciones multidimensionales para corregir factores de riesgo y mejorar el estado nutricional y de salud de los adultos mayores evaluados ⁽²⁾.

Esta escala es sencilla y ha sido diseñada para ser usada por médicos generales y también por profesionales de la salud relacionados con la admisión de pacientes geriátricos en hospitales, residencias y su uso se recomienda especialmente en el caso de adultos mayores frágiles y enfermos o incapacitados. Este test que ha demostrado una gran aceptación en la comunidad científica de todo el mundo por ser sencilla y aplicar, por no requerir de exámenes de laboratorio y a pesar de ellos tener una adecuada correlación con marcadores bioquímicos para malnutrición y sobre todo porque se requiere poco tiempo para su aplicación de tal manera que es muy adecuado como una prueba para evaluar el estado nutricional de adulto mayor ^(14,16).

Ha sido validado por varios estudios que han englobado a más de 600 personas adultos mayores entre los que se encontraron unos muy frágiles y otros muy activos, que residían en su domicilio y otros que se encontraban en centros de cuidados de larga duración; pero existen algunos aspectos de la validación que están todavía sujetos a estudios científicos. No cabe duda de que este instrumento puede convertirse en un importante utensilio para la evaluación nutricional de adultos mayores, si se integra en la valoración geriátrica.

a. Contenido del cuestionario

Este cuestionario puede ser realizado en aproximadamente 10 minutos y engloba:

- **Valoración antropométrica (peso, altura, magnitud de la pérdida de peso en el tiempo).**

La antropometría, del griego $\alpha\nu\theta\rho\omega\pi\omicron\zeta$ ('hombre') y $\mu\epsilon\tau\rho\iota\alpha$ ('medida'), es la ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano con diferentes fines. En este capítulo estudiaremos las medidas antropométricas con el fin de usarlas en la clasificación del estado nutricional de los individuos. Los primeros estudios sobre composición corporal datan de mediados del siglo XIX. A partir de entonces el interés por la composición química del cuerpo y sus variaciones cuantitativas y cualitativas, fisiológicas y patológicas ha ido creciendo progresivamente hasta la actualidad. La antropometría puede estimar indirectamente las reservas de grasas y de proteínas somáticas, al medir e interpretar ciertos parámetros antropométricos con diferentes criterios de clasificación nutricional. Las medidas antropométricas son muy útiles para la evaluación del estado nutricional, son fáciles de obtener y baratas si se aplican a poblaciones de ancianos ambulantes, sanos y sin deformidades. La obtención de estas medidas se complica cuando los sujetos presentan deformidades esqueléticas importantes de su columna vertebral u otras deformidades anatómicas o en ancianos enfermos, frágiles, encamados o en silla de ruedas.

La malnutrición en los ancianos es crónica en la gran mayoría de los casos, asociándose a pérdida de peso; el porcentaje de pérdida de peso es uno de los parámetros más comúnmente considerado como indicador de desnutrición. El peso tomado aisladamente no es más que un valor que no nos informa prácticamente de nada, son sus variaciones en el tiempo las que aportan un mayor interés y es un valor que en relación con otras medidas antropométricas como la talla nos es útil para la construcción de índices como el de masa corporal, a partir del

que podemos clasificar en el espectro de normalidad, en referencia con la población general de referencia. Las medidas antropométricas más utilizadas para la valoración del estado nutricional son el peso y la talla, a partir de los cuales calculamos el índice de masa corporal, los perímetros y los pliegues cutáneos.

- **Valoración global (estilo de vida, medicación y movilidad)**

La evaluación del estado nutricional del adulto mayor resulta importante como criterio de prevención y pronóstico de enfermedades relacionadas con la vejez. Este trabajo se realizó con el objetivo de comparar el estado nutricional del adulto mayor evaluado a través de la encuesta Mini Nutricional Assessment, MNA), con aquel resultante de la evaluación de la ingesta calórica y parámetros antropométricos.

Se detallan todos los resultados y los parámetros obtenidos de la evaluación con el instrumento del MNA y se llega a valorar todos los resultados ya realizados mediante estos puntos como la puntuación y la presentación de riesgo en nutrición en los adultos mayores.

- **Valoración dietética (número de comidas, ingesta de alimentos y líquidos, autonomía en la realización de comidas).**

La población anciana es uno de los grupos de mayor riesgo de problemas nutricionales, tanto por el propio proceso de envejecimiento, que produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como por otros factores asociados a él: cambios físicos, psíquicos, sociales y económicos, además de la coexistencias de patologías muy prevalentes en este grupo poblacional, como la depresión y las

alteraciones cognitivas que pueden determinar serios cambios en la ingesta dietética, conllevando un riesgo de alteraciones nutricionales importantes.

Es un hecho contrastado que la desnutrición en los ancianos, además de constituir en sí misma una patología, los hace más vulnerables al desarrollo de otras patologías, aumenta la frecuencia de ingresos hospitalarios, de complicaciones asociadas a otras enfermedades y aumenta el índice de dependencia. Por ello, todos los esfuerzos tendrían que ir dirigidos a su prevención y detección precoz, pero los signos clínicos del déficit calórico-proteico suelen ser tardíos y presentan evidentes dificultades de interpretación en el anciano, al poder ser originados por causas no nutricionales. Para la valoración del estado nutricional ni la exploración clínica, ni la antropometría, ni siquiera los parámetros bioquímicos son útiles en periodos muy tempranos de la desnutrición. Tardan demasiado tiempo en manifestarse, tiempo que no podemos permitirnos en esta población. Un método que puede ser alarma que nos indique cuándo el sujeto está en riesgo de desnutrirse es la valoración de la cantidad y calidad de los alimentos que está consumiendo y si ésta es adecuada a sus necesidades.

Aunque no es posible tener una idea exacta del estado nutricional a partir de datos dietéticos exclusivamente, los resultados de las encuestas alimentarias sí permiten tener información sobre la posibilidad de que una persona o un grupo tengan ingestas inadecuadas de energía y nutrientes y constituyan un grupo de riesgo. Hay que distinguir por tanto entre encuestas o estudios dietéticos y estudios nutricionales, aunque a veces ambos términos se usen como sinónimos.

El estudio del consumo de alimentos es uno de los aspectos más importantes de la ciencia de la Nutrición, pues hoy tenemos suficiente evidencia de la relación que existe entre el modelo de consumo y algunas enfermedades crónico-degenerativas.

Una vez conocido el consumo de alimentos, éste se transforma en ingesta de energía y nutrientes mediante las bases de datos de composición de alimentos y, posteriormente, se compara con las ingestas diarias recomendadas para juzgar la adecuación de la dieta. Además, el cálculo de diferentes índices de calidad permite tener una idea global del estado nutricional, juzgado por la dieta.

- **Valoración subjetiva (auto percepción de salud y del estado nutricional)**

La valoración subjetiva es una prueba de tamizaje desarrollada por el MNA ya que se utiliza los parámetros obtenidos mediante a la encuesta del MNA y las variables que se llega a utilizar peso talla edad.

▪ **Validación del Mini evaluación nutricional (MNA)**

El MNA fue validado para ser utilizado en la población mayor a través de tres estudios consecutivos. El primer estudio se realizó en Toulouse, Francia en 1991 en 155 adultos mayores en residencia geriátrica cuya condición nutricional se encontraron en un rango entre muy bueno hasta malnutrido. En 1993, se realizó un segundo estudio en Toulouse con 120 sujetos de una población similar y al mismo tiempo otros estudios en Albuquerque en nuevo México con 347 adultos mayores que vivían independiente en su domicilio (65 años o más). Sumando

la población de los tres estudios la muestra total fue de 600 individuos ⁽¹⁵⁾.

El MNA fue validado en los tres estudios a través de dos criterios utilizados como “gold estándar”. El primero consistió en una valoración nutricional extensa realizando a cada participante por un investigador que incluía una valoración dietética, medidas antropométricas y marcadores biológicos. El segundo criterio comprende una valoración nutricional de cada paciente, realizada por dos médicos entrenados. Dichos facultativos no conocían la puntuación del MNA. Ambas valoraciones se compararon con la puntuación de MNA que tenía cada paciente ⁽¹⁵⁾.

Las especificidades del MNA fue determinada a través de la clasificación de los dos estudios de Toulouse utilizando las ecuaciones del análisis discriminativa. Dichos estudios mostraron que el MNA podía identificar correctamente el 70-75% de los individuos como estado nutricional normal o malnutrido sin necesidad de utilizar los marcadores bioquímicos. Fueron excluidos del estudio todos aquellos sujetos con inflamación, determinada por la proteína C reactiva mayor de 20mg/l. a partir de aquí la puntuación se dividió en tres estudios: bien nutridos (mayor 24), con riesgo de malnutrido (17-23,5) mal nutridos (menor 17).

En los dos estudios realizados en Toulouse. Hubo una fuerte correlación del MNA, tanto en mujeres como en hombres. Se pudo observar que una puntuación baja del MNA se asociaba a mortalidad. Así mismo, se observó que el MNA tenía una sensibilidad del 96% (habilidad para detectar mal nutrición) y una especificidad del 98% (habilidad para clasificar correctamente los bien nutridos).

Los estudios realizados en Nuevo México examinaban a sujetos que vivían independientemente en su domicilio en América. La mitad de la población de dicho estudio tenían una edad entre 75 y 85 años (el 10% tenía 85 años o más). Casi el 20% de los sujetos estaban en riesgo de malnutrición. Este grupo con riesgo tenía una media de ingesta dietética menor, que los del grupo de bien nutridos y ambos tenían unos niveles de albumina y de IMC dentro de un rango normal. El resultado de estudio de Nuevo México mostro una correlación entre una puntuación alta del MNA y calidad de vida en adulto mayor ⁽²⁾.

▪ **Modalidades de la Escala del Mini evaluación nutricional Assessment (MNA)**

El MNA en su versión íntegra, consta de 18 ítems repartidos en cuatro secciones o subgrupos que incluyen el cribado y la valoración. Cada sección del MNA se describe seguidamente. Sus posibles puntuaciones para cada sección están referenciadas entre paréntesis:

- Índices antropométricos: Índice de masa corporal (0, 1,2, 3) Circunferencia braquial (0, 0; 0.5; 1.0). Circunferencia de la pierna (0.1). Pérdida reciente de peso durante los tres últimos meses (0, 1, 2,3).
- Evaluación global: vive independiente (0, 1). Toma de medicación diaria (0,1). Stress psicológico o enfermedad aguda en los último tres meses (0,1), movilidad (0, 1) problemas neuropsicológicos (0, 1, 2), lesiones o úlceras cutáneas (0, 1).
- Valoración dietética: número de comida / día (0, 1, 2), productos diarios de consumo (0, 0; 0.5; 1.0), ingesta de frutas y verduras (0, 1), pérdida de apetito reciente (0, 1, 2), ingesta de líquidos (0, 0, 0.5, 1.0), forma de alimentarse (0, 1, 2).

- Evaluación subjetiva: problema nutricional (0, 1, 2) estado de salud comparando con gente de su misma edad (0; 0; 0.5; 1.0).

La versión original está formada por las cuatro secciones nombradas y tenía en cuenta exclusivamente una puntuación final de 30.

A partir de la primera validación se desarrolló una nueva versión del MNA. MNA-NF (New) esta nueva versión contiene también las mismas 18 preguntas, pero se divide en dos partes. La primera corresponde al cribado (MNA- SF) y la segunda a la valoración nutricional ⁽¹²⁾.

La interpretación de los resultados y la interpretación nutricional recomendada para la versión integral es la siguiente:

Debido a la gran aceptación del MNA se decidió desarrollar una forma breve, de tal manera que se tomaron a los sujetos que participaron en el estudio original y se incluyeron además datos de España y Nuevo México. Los ítems para la forma abreviada se escogieron teniendo en cuenta su correlación con la puntuación total del MNA y con el estado de nutrición clínico, la consistencia interna, la certeza, la facilidad para completarlos ítems y la administración del mismo. Después de probar diversas versiones se obtuvo una con 6 ítems cuya puntuación va de 0 al 14. El punto corte se fijó utilizando como estándar de oro al estado nutricional clínico.

La versión corta se correlaciona altamente con la versión original ($r=0,945$). Utilizando una puntuación para la versión corta (MNA-SF de mayor ≥ 11 como normal), la sensibilidad de 97.9% y la especificidad del 100%.

Una puntuación mayor o igual a 12, indica que el estado nutricional es satisfactorio y no es necesario realizar la segunda parte del MNA. Por el contrario, si la puntuación es igual o menor de 11, indica la necesidad de llevar a cabo el MNA en su totalidad; en este último caso, se suman las puntuaciones obtenida en las dos partes que conforman el MNA.

D. Alteración del estado nutricional del adulto mayor

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por los requerimientos y la ingesta de alimentos; ellos a su vez son influenciados por otros factores, como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. La nutrición en este grupo de edad tiene un alto riesgo de alterarse por los cambios en la fisiología del aparato digestivo, que pueden acelerarse por las condiciones y estilos de vida.

Algunos de estos cambios son: la reducción del gusto y del olfato, disminución de la secreción salival originando dificultades para la lubricación, masticación, apetencia e ingestión, el deterioro de la dentición por ausencia de piezas y pérdida del esmalte ocasiona una alteración de la función masticadora y de glutora, esta última afectada también por la modificación del sistema neuromuscular que ocasiona deficiente coordinación para pasar el alimento, existe una disminución de la motilidad esofágica, aumenta el reflujo gastroesofágico, los cambios en la mucosa gástrica y en las glándulas digestivas conducen a la saciedad con menor cantidad de comida, disminuye la capacidad de digestión y absorción de nutrientes, se enlentece el tránsito intestinal aumentando la susceptibilidad al estreñimiento. La falta de apetito en esta etapa de la vida ⁽¹⁷⁾.

La nutrición es un importante factor que contribuye a la salud y habilidad funcional, se ha demostrado que los déficits de algunos micronutrientes pueden tener relación con la pérdida de las funciones cognitivas así como la reducción de la capacidad para afrontar el estrés en el adulto mayor, los déficit nutricionales pueden declinar el sistema inmune y acelerar la inmunosenescencia.

- **Tipos de alteraciones nutricionales**

- a. Desnutrición**

Trastorno de la composición corporal, caracterizado por un exceso de agua extracelular, un déficit de potasio y de masa muscular, asociado con frecuencia a una disminución del tejido graso e hipoproteinemia, que interfiere con la respuesta del huésped a la enfermedad y su tratamiento. Enfermedad provocada por un déficit de nutrientes, que tiene como consecuencia la aparición de alteraciones en el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de la salud.

- Desnutrición calórica: enfermedades crónicas que afectan negativamente a la ingesta, caquexia con pérdida muscular generalizada y ausencia de grasa subcutánea, No suelen tener edemas periféricos y las proteínas viscerales son con frecuencia normales, a expensas de una disminución de las medidas antropométricas. Su desarrollo gradual ⁽¹⁸⁾.
- Desnutrición proteica: inicio y desarrollo rápido produciéndose una disminución de los depósitos de proteína visceral. Suele ser secundaria a un estrés elevado en pacientes con apariencia de bien nutridos. Frecuentes edemas.

- Desnutrición mixta: sujetos que previamente presentan un grado de desnutrición calórica y que sufren un proceso agudo provocando una desnutrición calórico-proteica por no poder hacer frente a los requerimientos proteicos ⁽¹⁹⁾.

b. Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas ⁽²⁰⁾.

Sin embargo, en la edad avanzada disminuye la masa magra y se incrementa la masa grasa, redistribuyéndose en el área abdominal. Además, suele ocurrir una pérdida de estatura, aproximadamente de 3 cm en hombres y 5 cm en mujeres, entre los 30 y 70 años de edad como resultado de la compresión vertebral. De esta forma, los cambios en la composición corporal podrían subestimar la obesidad basada en el IMC. La distribución grasa puede ser más importante que la grasa corporal total como factor de riesgo de enfermedad, especialmente en los ancianos. Una circunferencia de cadera mayor de 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres se considera obesidad abdominal ⁽²¹⁾.

2.3. Antecedentes de la Investigación

2.3.1. Internacional

Ángel Gabriel Hilerio López, en la ciudad Colima-Colombia, en el 2009, realizaron un estudio denominado: “Estado nutricional en adultos mayores institucionalizado del Estado de Colima mediante la Mini valoración nutricional e indicadores séricos”, con el objetivo de determinar el estado nutricional que presentan los adultos mayores institucionalizados en cuatro asilos del Estado de Colima mediante el instrumento de Mini valoración nutricional (MNA) e indicadores séricos. El tipo de estudio fue descriptivo, trasversal; la población estuvo conformada por 100 adultos mayores de 60 a 70 años de edad.

En conclusión, el estado nutricional de los adultos mayores es similar con otros estudios. El género y la edad influyen en el grupo de desnutrición. Las mujeres evidencian la diferencia. Esto se debe a los cambios que enfrentan a lo largo de la vida. El estado nutricional del adulto mayor institucionalizado de Colima presenta una prevalencia del 55% para riesgo de desnutrición⁽¹²⁾.

Calderón R., Ibarra R., García J., Gómez A. y Rodríguez R. en la ciudad de Madrid – España, en el año 2010, realizaron un estudio sobre: “Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar”, con el objetivo comparar el estado nutricional del adulto mayor evaluado a través de la encuesta MNA, con aquel resultante de la evaluación de la ingesta calórica y parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos en consultas de medicina familiar. El tipo de estudio fue descriptivo, trasversal. De 157 adultos mayores, 93 fueron varones y 64 mujeres, con edades de $69,66 \pm 7,94$ años. Se utilizó el instrumento de la Mini valoración nutricional (MNA) con la resultante de la evaluación con recordatorio de 24 horas, con parámetros antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal) y

marcadores bioquímicos e inmunológicos (hemoglobina, proteínas totales, albúmina, colesterol y linfocitos).

En conclusión, MNA predice en forma oportuna el riesgo de malnutrición en el adulto mayor previo a los parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos, y sugerimos su uso al menos una vez al año para evaluar el estado nutricional de los adultos mayores, el cual deberá completarse con la determinación de otros parámetros bioquímicos, inmunológicos y antropométricos en aquellos adultos mayores con riesgo de malnutrición y malnutridos adictivo negativo de 88% ⁽⁶⁾.

Pilar Jürschik Jiménez en la ciudad Cataluña - España, en el 2009, realizó un estudio sobre: “Evaluación del estado nutricional de la población mayor de diferentes niveles asistenciales”, con el objetivo de evaluar la prevalencia de desnutrición a través de la Mini valoración nutricional (MNA) en la población mayor de Lleida (Cataluña) de diferentes niveles asistenciales. El tipo estudio fue descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por 398 adultos mayores de 65 años procedentes de los centros de salud 184 hombres y 214 mujeres. Los instrumentos utilizados fueron la Mini valoración nutricional (MNA) en su versión corta (cribado) y versión íntegra (MNA total) con una edad media de 77 años.

Concluyendo así que existe una elevada prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición, establecida en Cataluña, sobre todo, en los centros socio-sanitarios y en el servicio de medicina interna del hospital de agudos. Los resultados son similares a los otros estudios contrastados ⁽¹⁵⁾.

Nahir Rodríguez, Rosa Hernández, Héctor Herrera, Johanna Barbosa y Yolanda Hernández Valera en la ciudad de Caracas - Venezuela, en el año 2005, realizaron un estudio sobre: “Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos” este estudio tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional de adultos mayores

institucionalizados en distintos centros geriátricos en el área metropolitana de Caracas. El método utilizado fue descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por 126 voluntarios entre 60 y 96 años (70 mujeres y 56 hombres). Utilizaron el instrumento de Mini valoración nutricional (MNA).

Concluyendo en el área metropolitana de Caracas que la alta prevalencia de riesgo de malnutrición en este grupo etareo poblacional en distintos centros geriátricos que indica la necesidad de incluir estudios y evaluaciones en centro geriátrica integral⁽²²⁾.

2.3.2. Nacional

Mitrídates Félix Octavio Feijoo Parra, en la ciudad de Lima Metropolitana-Perú, en el año 2008, realizó un estudio sobre: “Evaluación de la calidad de vida en el adulto mayor y su relación con el estado nutricional en Lima Metropolitana 2008”, con el objetivo de demostrar la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional del adulto mayor de Lima Metropolitana. El tipo estudio fue descriptivo, transversal. Con una población de 144 adultos mayores de ambos sexos, mayores de 60 años de edad. El Instrumento utilizado fue la escala de mini valoración nutricional (MNA) donde se obtuvo lo siguiente:

Concluyendo el instrumento utilizado fue la escala de mini valoración nutricional (MNA), con una población de 144 adultos mayores de ambos sexos, mayores de 60 años de edad donde se obtuvo lo siguiente, que la calidad de vida juega un papel muy importante en relación con el estado nutricional de los adultos mayores en Lima Metropolitana, similar con otros estudios realizados⁽²³⁾.

Sandoval Luisa y Varela Luis en la ciudad Lima - Perú, en el año 2006, realizaron un estudio sobre: “Evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios de los consultorios externos del Hospital Cayetano Heredia LIMA 2006 (HCNH)”, con el objetivo de

evaluar el estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal. Abordaje: fue 66 adultos mayores de 60 años o más, que acudieron a la consulta ambulatoria de medicina durante el período comprendido entre julio y diciembre 1997. Los instrumentos utilizados fueron Índice de Masa Corporal (IMC), una medida simple, con el uso como referente de las tablas del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), el score de MNA, el que comprende mediciones antropométricas, encuesta sobre factores de riesgo nutricional, encuesta dietética y evaluación subjetiva (auto percepción de salud y nutrición). Se concluyó lo siguiente:

En conclusión, la valoración nutricional es un componente esencial en la valoración de los adultos mayores, por lo que deben buscarse los parámetros de medición más confiables y prácticos como Índice de Masa Corporal, encuesta sobre factores de riesgo nutricional, encuesta dietética y evaluación subjetiva para su posible utilización en los consultorios externos, y una comunidad con la extensión de su uso a las otras especialidades de medicina ⁽¹⁰⁾.

Blanca de las Mercedes Sáenz Luna en la ciudad de Lima-Perú, en el año 2011, realizó un estudio sobre: “Riesgo de desnutrición en adultos mayores institucionalizados y de los que residen en la comunidad Magdalena”, con el objetivo de comparar el riesgo de desnutrición de adultos mayores institucionalizados y de los que residen en la comunidad. El método utilizado fue comparativo con 114 adultos mayores. El instrumento utilizado fue la MNA.

Concluyendo que el riesgo de desnutrición en adultos mayores institucionalizados fue de 62.8% más elevado, y el riesgo de desnutrición en comunidad 49.2%, resultado obtenido, en los cuales las prevalencias de riesgo de desnutrición en adultos mayores institucionalizado varían entre el 47% y 71.5%; con respecto al riesgo de desnutrición en comunidad, se observaron desde un 12.6% hasta 45.3% ⁽²⁴⁾.

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

- Determinar el estado nutricional del adulto mayor del Club de Villa en el distrito de Ancón –2012

2.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el estado nutricional según la valoración antropométrica de los adultos mayores del club social de la tercera edad Los Triunfadores Las Lomas de Villa de Ancón en el distrito de Ancón – 2012.
- Identificar el estado nutricional según la valoración global de los adultos mayores del club social de la tercera edad Los Triunfadores Las Lomas de Villa de Ancón en el distrito de Ancón – 2012.
- Identificar el estado nutricional según la valoración dietética de los adultos mayores del club social de la tercera edad Los Triunfadores Las Lomas de Villa de Ancón en el Distrito de Ancón – 2012.
- Identificar el estado nutricional según valoración subjetiva de los adultos mayores del club social de la tercera edad Los Triunfadores Las Lomas de Villa de Ancón en el Distrito de Ancón – 2012.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo/diseño del estudio

3.1.1. Nivel, tipo y método usado

El presente estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo; método descriptivo, y transversal, ya que permite presentar la información obtenida tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

3.1.2. Descripción de sede de estudio

El estudio se realizó en el Club Social de la tercera edad Los Triunfadores Las Lomas de Villa de Ancón en el distrito de Ancón, una localidad costera del Perú situado a 50 kilómetros al norte del centro de Lima. Es la capital y único centro urbano del distrito homónimo de la provincia de Lima, el más septentrional y extenso de la misma.

3.2. Población y muestra

La población está comprendida en una zona urbana marginal. Los sectores que la conforman son de clase baja, en su mayoría son habitantes que proceden del interior del país. Se trabaja con la comunidad asistente al Club social de la tercera edad Los Triunfadores Las Lomas de Villa de Ancón del distrito de Ancón, los adultos mayores suman un total de 100, de ambos sexos, teniendo como referencia de contacto al centro de salud del mismo distrito, programando con ellos las actividades a realizarse. Con respecto a la comunidad podemos observar que su ambiente en donde viven no es seguro

por ser un lugar accidentado sin presencia de muros ni escaleras por lo que predispone a la población a sufrir accidentes de caídas en adulto mayor por lo que se llega a la conclusión que no es un entorno saludable para la comunidad.

3.2.1. Criterio de inclusión

- Adultos Mayores que desean participar voluntariamente.
- Adultos Mayores que asistan al club social de la tercera edad Los Triunfadores de Las Lomas de Villa de Ancón del distrito de Ancón.
- Adultos Mayores de ambos sexos.

3.2.2. Criterio de exclusión

- Adultos mayores que no deseen participar.
- Adultos mayores que no asistan al Club Social de la tercera edad los triunfadores las Lomas de Villa de Ancón de la comunidad.
- Adultos mayores con enfermedad mental.

3.3. Variable

Evaluación del Estado Nutricional del adulto Mayor

3.3.1. Definición conceptual

Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros normales relacionados con la ingesta, la utilización y excreción de nutrientes.

3.3.2. Definición operacional

Estado nutricional del adulto mayor haciendo uso del MNA, según las dimensiones de valoración antropométrica, valoración global, valoración

Dietética y valoración subjetiva, que sumados permiten obtener el estado nutricional del individuo (Anexo A).

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.4.1. Medición de la talla

- Adulto mayor descalzo con menor ropa posible.
- Quitarse ganchos o deshacer moños de la cabeza.
- Adulto mayor ubicado en la parte central del tallímetro, con los talones, hombros, nalgas y la parte posterior de la cabeza en contacto con el tablero.
- Cabeza erguida. Una línea recta imaginaria debe pasar por el ángulo externo del ojo y el conducto auditivo externo, los brazos deben de colgar a los lados del cuerpo.
- Con la mano derecha coger el tope móvil y descender hasta hacer contacto con la cabeza, repetir tres veces en forma rápida y registrar valor promedio de las tres medidas.
- Se registrará en metros y centímetros, por ejemplo (Lectura 1 m 71 cm)
Registrar: 1.71 m, Lectura 1 m 58 cm 7 mm Registrar: 1.58 m.

3.4.2. Técnicas de medición perímetro braquial

- Doblar codo derecho en ángulo de 90° y colocar cara anterior del antebrazo apoyada sobre el tronco.
- El brazo debe estar paralelo al tronco
- Ubicar con la ayuda de una cinta métrica el punto medio del brazo (media distancia entre la punta del olecranon y del acromion).
- Luego extender el brazo a lo largo del cuerpo con la cara anterior hacia arriba. Sujeto erguido, con los brazos colgando a los costados del cuerpo y las palmas hacia los muslos ⁽²⁵⁾.
- Pasar la cinta métrica alrededor del brazo sobre el punto marcado. Ajustar sin comprimir tejidos.

- Tomar 3 medidas y registrar el promedio. Las mediciones no deben de diferir en más de 0,5 cm. entre sí.

3.4.3. Índice de masa corporal

- Indicador de composición corporal y tendencias del estado nutricional.
- Presenta buena correlación con masa magra y grasa ($r= 0,6 -0,8$).
- Puntos de corte ⁽²⁵⁾.

3.5. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se desarrolló previa gestión con los dirigentes del Club de Villa de Ancón para obtener las autorizaciones respectivas, posteriormente se envió un documento al Director de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería para que realice los trámites necesarios para que la Universidad de Ciencias y Humanidades emita un documento a la comunidad, también se pedirá el consentimiento informado a las personas adultos mayores encuestados (Anexo B)

Se llevó a cabo a partir en el mes de agosto del año 2012, para ello se orientó a los participantes sobre el uso adecuado del instrumento para su correcto llenado.

3.6. Técnica de procesamiento y métodos de análisis de datos

La información recolectada se procesará en forma manual con el programa SPSS versión 19.

Estos datos fueron analizados a través de estadísticos descriptivos de frecuencia y expresados en barras y gráficos.

3.7. Aspectos éticos

Durante la aplicación de los instrumentos se respetarán y cumplirán los principios de ética.

- 3.7.1 Autonomía:** Establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisión, criterios y preferencia se los adultos mayores de estudio.
- 3.7.2 Justicia:** Exige el derecho a un trato de equidad y la privacidad, anonimato y confidencialidad de los adultos mayores en la encuesta.
- 3.7.3 No maleficencia:** Obliga a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio de los participantes en la investigación.
- 3.7.4 Beneficencia:** La investigación desarrollada tiene siempre el propósito de beneficiar a los participantes.
- 3.7.5 Anonimato:** Se aplicará el cuestionario indicándoles a las personas adultas mayores que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.
- 3.7.6 Privacidad:** Toda la información recibida en el presente estudio se mantendrá en secreto y se evitará ser expuesto respetando la intimidad de las personas adultas mayores, siendo útil solo para fines de la investigación
- 3.7.7 Honestidad:** Se informará a las personas adultas mayores los fines de la investigación, cuyos resultados se encontrarán plasmados en el presente estudio.
- 3.7.8 Consentimiento:** Solo se trabajará con las personas adultas mayores que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo C).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1. Descripción de datos sociodemográficos

A continuación, se presentan los resultados obtenidos mediante la Mini evaluación nutricional (MNA). Aplicados a los adultos mayores del Club Villa de Ancón del distrito de Ancón, la recolección de la información del cuestionario y el análisis de la encuesta realizada a población de estudio (Anexo D).

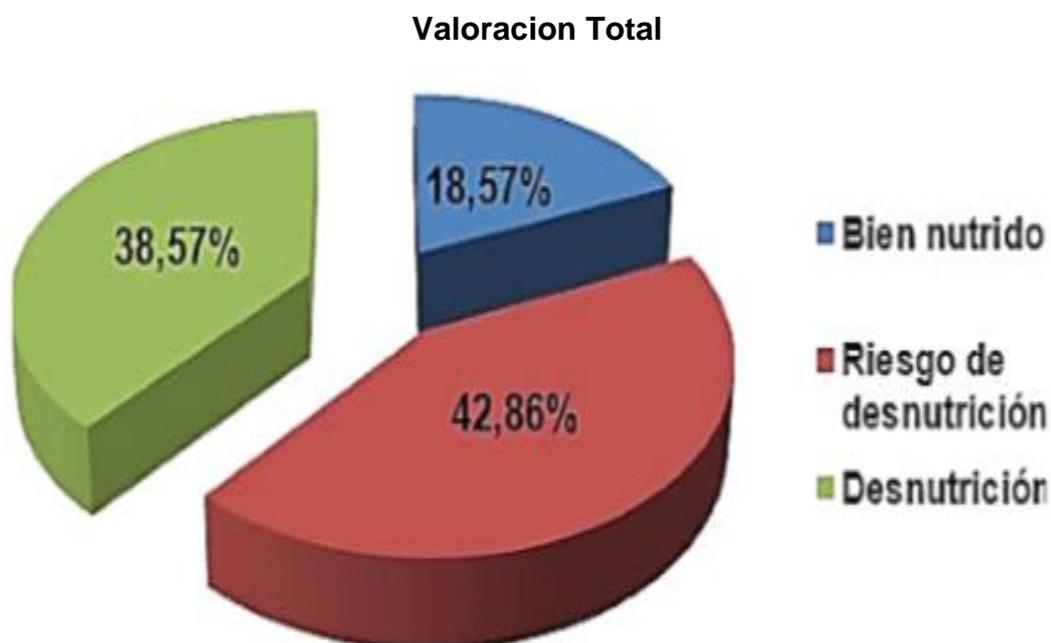
La muestra de la población inicial estuvo conformada por 100 adultos mayores inscritos al Club de Villa de Ancón en el distrito Ancón; de los cuales no participaron 30 adultos mayores; quienes descartaron su participación por motivos personales, obteniendo una muestra final de 70 adultos mayores. La población de estudio presentó una media de edad de 73 años con rangos de 60 a 86 años.

La población estuvo constituida por 70 adultos mayores, 49 (70%) que representa el rango de edad entre 60 a 71 años y 21(30%) en el rango de edad entre 72 a 86 años, según la tabla 1 (Anexo E).

En relación al género, 36 (51.40%) son de sexo masculino y 34 (48.60%) son de sexo femenino, según la tabla 2 (Anexo E).

Gráfico 1.

Estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 2012

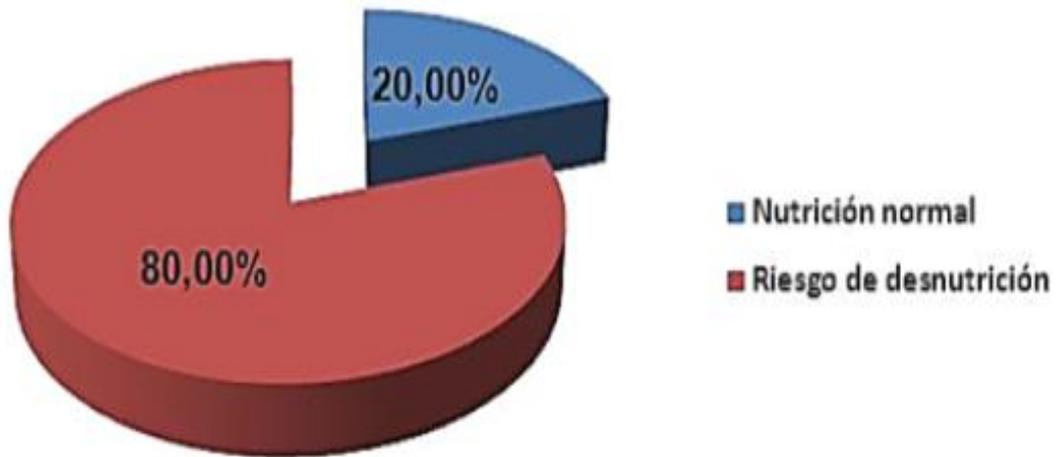


Fuente: Evaluación en el estado nutricional del adulto mayor Ancón-2012

A través de los resultados podemos determinar la valoración total del estado nutricional del adulto mayor, 30 (42.86%) están en riesgo de desnutrición, 27 (38.57%) están desnutridos y 13(18.57%) están bien nutridos.

Gráfico 2.

Estado nutricional según la valoración antropométrica del estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 2012

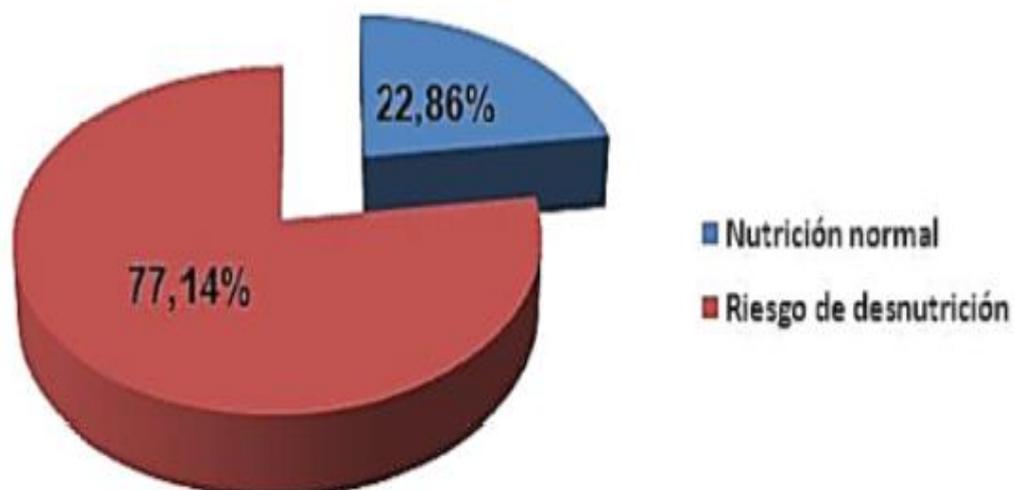


Fuente: Evaluación en el estado nutricional del adulto mayor Ancón-2012

Se ha identificado a través de los resultados la valoración antropométrica del estado nutricional del adulto mayor, 56 (80.0%) están en riesgo de desnutrición y 14 (20.0%) tienen nutrición normal.

Gráfico 3.

Estado nutricional según de la valoración global del estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 2012

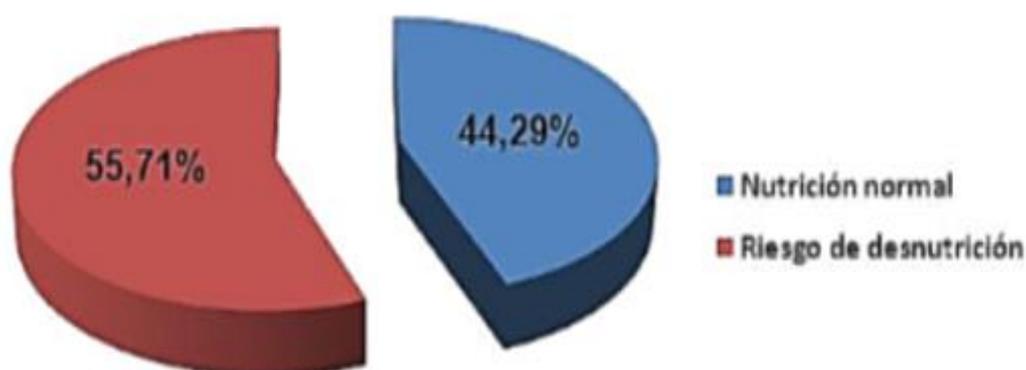


Fuente: Evaluación en el estado nutricional del adulto mayor Ancón-2012

Se ha identificado a través de los resultados la valoración global del estado nutricional del adulto mayor, 54 (77.14%) están en riesgo de desnutrición y 16 (22.86%) tienen nutrición normal.

Gráfico 4.

Estado nutricional según la valoración dietética del estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 2012

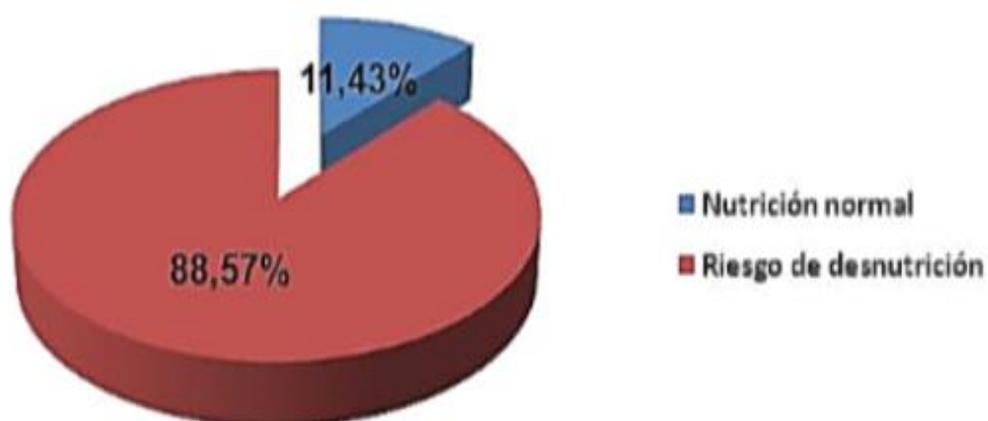


Fuente: Evaluación en el estado nutricional del adulto mayor Ancón-2012

Se ha identificado a través de los resultados la valoración dietética del estado nutricional del adulto mayor, 39 (55.71%) están en riesgo de desnutrición y 31 (44.29%) tienen nutrición normal.

Gráfico 5.

Estado nutricional según de la valoración subjetiva del estado nutricional del adulto mayor del club social Los Triunfadores de Las Lomas de Villa en el distrito de Ancón 2012



Fuente: Evaluación en el estado nutricional del adulto mayor Ancón-2012

Se ha identificado a través de los resultados la valoración subjetiva del estado nutricional del adulto mayor, 62 (88.57%) están en riesgo de desnutrición y 8(11.43%) tienen nutrición normal.

4.2. Discusión

Tal como fue descrito en los capítulos anteriores, los adultos mayores del club social Los Triunfadores, se caracterizan por presentar dificultades económicas, tal es así, que una de sus motivaciones para conformar dicho club fue la ansiada pensión 65, que no es otra cosa que un aporte de dinero del Estado a las personas adultas mayores que viven en extrema pobreza. El estado nutricional de los integrantes del club, no difiere con la realidad encontramos un 38,57% en estado de desnutrición y un 42,86% en riesgo, esto refleja la calidad de vida tan precaria en la que viven los adultos mayores. El estudio de Mitridatos, Félix y col. realizado en la ciudad de Lima en el año 2008 afirma que la calidad de vida juega un papel muy importante en relación con el estado nutricional de los adultos mayores.

El uso del MNA para la evaluación del estado nutricional del adulto mayor ha sido ampliamente usado por otros estudios, como el de Ángel G. y Hilerio L. en la ciudad Colima-Colombia, en el 2009; y, Calderón R., Ibarra R., García J., Gómez A. y Rodríguez R. en la ciudad de Madrid – España, en el año 2010, este último afirma que MNA predice en forma oportuna el riesgo de malnutrición en el adulto mayor previo a los parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos, y sugieren al menos una vez al año su uso para evaluar el estado nutricional del adulto mayor, el cual deberá completarse con la determinación de otros parámetros bioquímicos, inmunológicos y antropométricos ⁽⁶⁾.

La dimensión de valoración antropométrica del MNA, donde considera el resultado del índice de masa corporal, medición de la circunferencia braquial y de pierna, encontró al 80% de evaluados en riesgo de desnutrición. Esta dimensión se relaciona con la calidad de alimentación del adulto mayor y es en la que mayor influencia puede tener el profesional de enfermería, debido a su capacidad de educación sanitaria. La condición de pobreza no necesariamente implica tener una mala alimentación, los adultos mayores del club social Los Triunfadores, no solo se reúnen por actividades sociales, sino que realizan ollas comunes que permite alimentar a los asistentes. Una

adecuada educación sanitaria puede permitir el elevar la ingesta calórico proteica de los adultos mayores y disminuir progresivamente el alto riesgo de desnutrición en sus asistentes.

Los resultados en la dimensión de valoración global no son diferentes a las otras evaluadas, se ha encontrado un 77,14% de adultos mayores en riesgo. Esta dimensión está relacionada a aspectos de estrés psicológico, lesiones o úlceras y dificultades neuropsicológicas que pudiera tener el adulto mayor. Debido al paso de los años, es casi inevitable que este grupo etéreo no presente patologías y muchas veces, ya crónicas, que los hace dependientes de ingerir medicamentos a diario.

La dimensión dietética a diferencia de las demás, tiene una brecha menor en relación al riesgo de desnutrición, calificaron el 55,71% dentro de este rubro. Esta dimensión se relaciona con el número de comidas al día, ingesta de frutas y verduras, pérdida del apetito y la ingesta de líquidos. Aunque un número importante de adultos mayores conoce cómo se debe mantener una dieta balanceada, muchos no pueden hacerlo por las dificultades económicas en las que se encuentran.

Finalmente, la dimensión subjetiva, intenta ubicar al adulto mayor entrevistado en una realidad que le permita compararse con otros adultos mayores, es una especie de auto concepto de su estado nutricional, el alto porcentaje (88,57%) de adultos mayores calificados en riesgo para esta dimensión nos refleja una posición de conformismo y resignación frente a su condición de pobreza que no le permite alimentarse “bien”.

Los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional, fueron los parámetros antropométricos, globales y subjetiva, siendo el Índice de masa corporal un indicador de la situación nutricional de los adultos mayores, tenemos que una mayor porcentaje se encuentran delgados con relación al IMC esta situación puede predisponer al adulto mayor a sufrir de enfermedades.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Más de la mitad de los adultos mayores del club social Los Triunfadores se encuentra su estado nutricional en riesgo y desnutrición. Esto se podría relacionar a las condiciones de extrema pobreza de los pobladores.
- Los adultos mayores del club social Los Triunfadores se encuentran en riesgo de desnutrición en sus dimensiones de valoración antropométrica con un porcentaje muy elevado, e indica riesgo de desnutrición, mientras que un menor porcentaje representa el estado nutricional normal en los adultos mayores.
- Los adultos mayores del club social los triunfadores se encuentran en riesgo de desnutrición es sus dimensiones de valoración global con un porcentaje regular, mientras en nutrición normal se muestra un porcentaje bajo.
- Los adultos mayores del club social los triunfadores se encuentra en mayor de la mitad de riesgo de desnutricion en sus dimensiones de valoracion dietetica observandose una totalidad elevada en riesgo de desnutricion con un porcentaje menos en nutricion normal.
- Los adultos mayores del clud social los triunfadores se encuentra en riesgo de desnutricion en sus dimensiones de valoracion subjetiva observándose una totalidad muy elevada en riesgo de desnutricion a la nutricion normal con muy poco porcentaje.

5.2. Recomendaciones

- Dada la relevancia de los resultados obtenidos en los cuales el 42,86% de la población adulta mayor se encuentra en estado de riesgo desnutrición y 38.57% en estado de desnutrición, se hace necesario la creación de la historia clínica nutricional de los adultos mayores mediante una evaluación completa e individualizada, que permita determinar el diagnóstico para cada paciente y así mismo generar un plan de manejo preventivo o correctivo.
- Dicha evaluación debe tener como base de antecedentes nutricionales, la información obtenida en este estudio; adicionalmente la realización de mediciones bioquímicas, y un análisis cualitativo y cuantitativo de los posibles aspectos que inciden de manera positiva o negativa sobre el estado nutricional, un examen físico completo y pruebas de funcionalidad entre otros; lo cual permitirá determinar la etiología, la severidad y la cronicidad de los estados de riesgo y mal nutrición de cada persona.
- Así mismo, realizar estudios de tipo longitudinal donde se pueda llevar a cabo un seguimiento de los adultos mayores, así como poner en práctica el programa de vigilancia automatizada de dietas (VAD), para obtener datos precisos de lo que ingieren diariamente los adultos mayores.
- Se sugiere al club social Los Triunfadores de las Lomas de Villa de Ancón que dentro de las actividades que realiza a los adultos mayores incluya talleres, campañas, charlas de nutrición dirigidos por un profesional en Nutrición y Dietética en los que cuales exista participación activa tanto del adulto mayor como de la persona o personas a cargo de su cuidado y enseñe a los adultos mayores hacer preparaciones nutritivas con ingredientes económicos.
- Otra posible solución es que mediante convenios universitarios los practicantes de carreras como profesionales de la salud, Ingeniería

Industrial alimentaria, Nutrición y Dietética, organicen proyectos en el Club de Villa de Ancón que permitan a los adultos mayores el acceso de alimentos requeridos en la dieta de manera económica o subsidiada a través de una ONGS, programas sociales del Estado, de Gobiernos Locales y Gobiernos Regionales.

- Implementar centros ocupacionales como talleres de artesanía, carpintería, panadería, etc. y programas culturales y actividad física, deportiva y recreativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palloni A. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. [Panamá Salud Pública]. 2005, 17, (5-6), p. 307-322.
2. Naupari A, Menaya E. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Instituto nacional de estadística e informática. [INIE].20011; 07, (2), P.1-51.
3. Lavado K; Machuca j. Estilo de vida y Estado nutricional del Adulto mayor. En el H. U. P. "David Basso"- Nuevo Chimbote. [Tesis de licenciatura] Chimbote; universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2009.
4. Hilerio A. Estado Nutricional en el Adulto mayor institucionalizado. Del estado de colima mediante la mini valoración nutricional E indicadores séricos. [Tesis de maestría]; Universidad de Colima Facultad de medicina Colima; 2009.
5. Cárdenas H, Bello C, Feijó M, Huallpa E. Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2012 Ago 14]; 30(3): en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300003&lng=es.
6. Calderón M, Ibarra F, García J, Gómez C, Rodríguez. R. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2010 agosto [citado 2012 Jul 16]; 25(4): 669-675. en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400021&lng=es
7. Casanova C, Delgado S, Esteves S. el médico de familia y la depresión del adulto mayor. Rev. biomed medicina familiar y comunitaria [revista en internet], 2009[12 de junio 2012] ,3 (12): p. 34-31.... 6
8. Siches B. Características socio demográficas de la Población Adulto Mayor en Chile, evolución y proyección al 2020. Variables dependientes de calidad de vida. [Tesis de maestría] Chile: Fundación universitaria iberoamericana; 2011.
9. Ramos M, Tudela d, cárdenas M. Las personas Adultas Mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza. Fondo de población de las naciones unidas [UNFPA] Mins. MDS. 2009; 1(13826); P.1-150.
10. Sandoval L, Varela L. Evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios de los consultorios externos del Hospital Cayetano

- Heredia LIMA 2006 (HCNH). Rev. Med Hered [revista en internet], 2006[13 de junio 2012] ,9(3): p. 104-108.
11. Damonte M. Envejecimiento demográfico Y salud Características generales de la población adulta mayor. Estudio analítico de datos secundarios [CEPAL] Of. Mom. 999; 1 (137), p.3-52.
 12. Hilerio A. Estado nutricional en adultos mayores institucionalizado del Estado de Colima mediante la Mini valoración nutricional e indicadores séricos [Tesis de Maestría] Colombia: Facultad de Medicina de Colima; 2009.
 13. Juárez L. Evolución del estado nutricional del adulto mayor. Congreso Internacional de Nutriología y Obesidad. [UNLM] Fac. Salud Pública y Nutrición. 2005; 3(16), P. 15-35.
 14. Ruiz M, Artacho M., López M. Recomendaciones nutricionales para los ancianos [Tesis licenciatura] España: Fac. Universidad de Granada; 2000.
 15. Jürschik P, Torres J, Román M, Carmen Nuin C, Botigué T. Estado nutricional de la población mayor de Cataluña de diferentes niveles asistenciales (ISSN) Esc. Enf Lleida. 2009; 59(1). P. 38-46
 16. Velázquez M., Silvia., María Hernández “Desnutrición en las personas de edad avanzada” Artículo de Revisión Nutrición Clínica 2003; 6 (1): 70 – 79.
 17. Cárdenas H., Bello C., Feijó M., Huallpa E. Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2012 Ago 14]; 30 (3): en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300003&lng=es
 18. Ramos A, Asensio A, Núñez S, Millán I. Prevalencia y factores asociados malnutrición en ancianos hospitalizados. An Med Interna (Madrid) 2004).
 19. Nájera O, González T, Rodríguez L, Victorino C. Sobrepeso y obesidad en población adulta de dos centros comunitarios de salud de la Ciudad de México. [Revista Biomédica]Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México. 2007; 18(3): P. 154-160.
 20. Fernández L, Martínez J, García F, Díaz E, Xiqués X. Evaluación nutricional antropométrica en ancianos. Rev. Cubana Med. Gen Integr. [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2012 agosto 10]; 20(4): p.12-58.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864

21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Población Peruana. Revista del INEI. 2012 enero 25(2): en http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1032/libro.pdf
22. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández Y. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. Invest. Clín. [revista en la Internet]. 2005 Sep [citado 2012 Jul 16]; 46(3): P. 219-228. en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332005000300003&Ing=es.
23. Feijoo M. Evaluación de la calidad de vida en el adulto mayor y su relación con el estado nutricional en Lima Metropolitana 2008 [tesis de maestría]. Lima: Escuela profesional de nutrición; 2008.
24. Mercedes B. Riesgo de desnutrición en Adultos Mayores institucionalizado y de las que residen en la comunidad. [Tesis licenciatura en nutrición] Lima: universidad Mayor de San Marcos; 2011.
25. García T, Villalobos J. Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia. [OMS] Med. Int. Mex. 2012; 28(2): P. 154-161.

ANEXOS

Anexo A: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES FINALES	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES	
Evaluación del Estado Nutricional del Adulto Mayor.	Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros normales relacionados con la ingesta, la utilización y excreción de nutrientes.	Estado nutricional del adulto mayor haciendo uso del MNA, según las dimensiones de valoración antropométrica, valoración global, valoración dietética y valoración subjetiva, que sumados permiten obtener el estado nutricional del individuo	Valoración antropométrica	Índice de masa corporal Circunferencia braquial Circunferencia de pierna Pérdida reciente de peso	Riesgo	<6	
			Valoración global	Independencia	Riesgo	<7	
				Medicación diaria	Normal	>8	
			Valoración dietética	Estrés psicológico		Riesgo	<7
				Movilidad	Normal		>8
				Problemas neuropsicológicos			Riesgo
			Valoración subjetiva	Lesiones o úlceras	Normal	>8	
				Número de comidas		Riesgo	<3
				Productos diarios de consumo			Normal
			Ingesta de frutas y verduras	Riesgo	<3		
Pérdida de apetito	Normal	>4					
Ingesta de líquidos		Riesgo	<3				
Forma de alimentarse	Normal		>4				
Problema nutricional		Riesgo	<3				
Estado de salud comparado	Normal		>4				
		Valor total:	Riesgo	17 a 23.5			
		Desnutrición	<17				
		Bien nutrido	>24				

Anexo B: Hoja de autorización

**CLUB SOCIAL DE LA TERCERA
EDAD “LOS TRIUNFADORES”**

FICHA LITERAL: N° 12742363

Ancón 18 de noviembre 2012

Solicitud: Solicito autorización para realizar el trabajo de investigación del "Estado Nutricional del Adulto Mayor".

Sr: Presidente: Emiliano Cesar Espinoza del Club Social los Triunfadores las Lomas de Villa de Ancón nos dirigimos a usted, Chela Celedonia Mejía Ccahuana identificado con DNI 42680237 y Sonia Patricia Palomino Meza identificado con DNI 42783635 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades solicitamos que nos autorice a realizar nuestro trabajo de investigación para ello pedimos el apoyo y el compromiso en apoyarnos con el proyecto.

Agradecemos de antemano su atención y respuesta

Atentamente:



Chela C. Mejía Ccahuana

DNI: 42680237



Sonia Patricia Palomino Meza

DNI: 42783635



Presidente:
Emiliano Cesar Espinoza

Anexo C: Consentimiento bajo información



Presentación

Estimados pobladores del distrito de Ancón:

Somos estudiantes de la carrera profesional de enfermería de la facultad de ciencias de la salud de la universidad de ciencias y humanidades, somos un grupo integrados por dos alumnas, llevaremos a cabo un estudio que consta en evaluar el estado nutricional de los adultos mayores, para lo cual deseamos su participación y es importante contestar de manera veraz a las preguntas que le realizaremos de antemano le agradecemos su colaboración.

Declaración de consentimiento bajo información:

Yo, _____, con número de DNI: _____ (Nombre del paciente o familiar o representante legal) acepto voluntariamente y autorizo a----- para que realice la actividad, Mediante de la aplicación de un cuestionario validado: MNA el D/M/A

Declaro que he sido informado plenamente sobre los beneficios, riesgos y las posibles complicaciones del procedimiento que se me ha descrito o del instrumento a aplicar y que me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Firmo este documento por duplicado conservando un original con todas las firmas requeridas

Acepto y autorizo a los/las estudiantes de enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades para que me apliquen los procedimientos o llenado de encuestas que sean necesarias. Con fines educativos o bien para contribuir en el conocimiento científico, pero resguardando mi identidad.

Nombre del paciente Firma Fecha

Personalmente y bajo protesta de decir verdad declaro que proporcioné la información sobre el procedimiento a realizar o sobre las preguntas aplicadas considerando todos y cada uno de los puntos anteriormente mencionados.

Nombre de los estudiantes responsables
Firma Fecha

Anexo D: Mini evaluación nutricional

Sexo _____ Edad _____ Peso (Kg) _____ Estatura (cm) _____ Grado de Instrucción _____ Estado civil _____ Procedencia _____

Rellenar el formulario, cuando tenga el número total de puntos, compárelo con la puntuación indicada de desnutrición.

Valoración antropométrica

1. Índice de masa corporal:
 - a) IMC < 19 = 0 puntos
 - b) IMC $19 \leq < 21$ = 1 punto
 - c) IMC $21 \leq < 23$ = 2 puntos
 - d) IMC > 23 = 3 puntos

 2. Circunferencia del antebrazo (cm) (CA)
 - a) CA < 21 = 0.0 puntos
 - b) CA $21 \leq < 23$ = 0.5 puntos
 - c) CA > 23 = 1.0 puntos

 3. Circunferencia de la pantorrilla (cm) (CP)
 - a) CP < 31 = 0 puntos
 - b) CP > 31 = 1 punto

 4. Pérdida de peso durante los últimos 3 meses:
 - a) Pérdida de peso mayor de 3 kg. = 0 puntos
 - b) No sabe = 1 punto
 - c) Pérdida de peso entre 1 y 3 kg. = 2 puntos
 - d) Sin pérdida de peso = 3 puntos
- Puntuación final es 6 a 8.
- > 7 = nutrición normal
- < 6 = riesgo de desnutrición

Valoración global

5. Vive independiente (no residencia u hospital):
 - a) No = 0 puntos
 - b) Sí=1 punto

6. Toma más de tres medicamentos al día:
 - a) Sí = 0 puntos
 - b) No =1 punto

7. Ha sufrido estrés psicológico o una enfermedad:
 - a) Sí = 0 puntos
 - b) No = 1 punto

8. Movilidad:
 - a) Tiene que estar en la cama o en silla= 0 puntos
 - b) Capaz de levantarse de la cama o silla pero no de salir = 1punto
 - c) Puede salir= 2 puntos

9. Problemas neuropsicológicos:
 - a) Demencia o depresión grave= 0 puntos
 - b) Demencia leve= 1 punto
 - c) Sin problemas psicológicos= 2 puntos

10. Úlceras en la piel o por presión:
 - a) Sí = 0 puntos
 - b) No = 1 punto

Puntuación final es 7 a 9:

 - >8 =nutrición normal
 - < 7 =riesgo de desnutrición

Valoración dietética

11. ¿Cuántas comidas completas toma el paciente al día?
 - 1 comida = 0puntos
 - 2 comidas =1 punto

3 comidas = 2 puntos

12. indicadores seleccionados de la ingesta de proteína:

Al menos un servicio de productos lácteos (leche, queso, yogurt)

Sí No

¿Dos o más servicios de legumbres o huevo a la semana?

Sí No

¿Carne, pescado o pollo cada día?

SÍ NO

Sí 1 sí=0.0 puntos

Sí 2 sí=0.5 puntos

Sí 3 sí=1.0 punto

13. Consume dos o más derivados de frutas o verduras al día

a) No = 0 puntos

b) Sí=1 punto

14. ¿Ha reducido el consumo de alimenticio durante los últimos 3 meses debido a la falta de apetito, problemas digestivos o dificultad al masticar o tragar?

a) Gran falta de apetito= 0 puntos

b) Falta de apetito moderada = 1 punto

c) Sin falta de apetito= 2 puntos

15. ¿Cuánto líquido (agua, zumo, café, té leche) consume diariamente?

(1 tasa = ¼ de litro)

a) Menos de 3 tasas= 0.0 puntos

b) De 3 a 5 tasas= 0.5 puntos

c) Más de 5 tasas= 1.0 punto

16. Maneras de alimentarse

a) Incapaz de comer sin ayuda=0puntos

b) Se autoalimenta con dificultad= 1 punto

c) Se autoalimenta sin ningún problema= 2 puntos

Puntuación final:

>8=nutrición normal

<7=riesgo de desnutrición

Valoración subjetiva

17. ¿Cree que tiene problemas nutricionales?

- a) Desnutrición importante= 0 puntos
- b) No sabe o desnutrición moderada = 1 punto
- c) Sin problemas nutricionales= 2 puntos

18. Comparándose con gente de su misma edad

¿Cómo considera su estado de salud?

- a) No tan bueno= 0.0 puntos
- b) No sabe= 0.5 punto
- c) Igual de bueno = 1.0 puntos
- d) Mejor= 2.0 puntos

Puntuación final:

> 4 = nutrición normal

< 3 = riesgo de desnutrición

Valoración total (máximo 30 puntos)

Puntuación indicadora de desnutrición de cuatro dimensiones

>De 24 puntos Bien nutrido

De 17 a 23.5 puntos a riesgo de desnutrición

<De 17 puntos desnutrición

Anexo E: Resultados complementarios

Tabla 1: Distribución numérica y porcentual según edad de la población del adulto mayor del Club de Villa en el distrito de Ancón 2012

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60 a 71 años	49	70%
72 a 86 años	21	30%
Total	70	100%

Fuente: Evaluación en el Estado Nutricional del Adulto Mayor Ancón-2012

Tabla 2: Según género de la población del adulto mayor del Club de Villa en el distrito de Ancón 2012

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	36	51,40%
Femenino	34	48,60%
Total	70	100,00%

Fuente: Evaluación en el Estado nutricional del Adulto Mayor Ancón-2012

Tabla 3: Según estado civil de la población del adulto mayor del Club de Villa en el distrito de Ancón 2012

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	15	21,40%
Casado	30	42,90%
Viudo	22	31,40%
Conviviente	2	2,90%
Divorciado	1	1,40%
Total	70	100,00%

Fuente: Evaluación en el Estado Nutricional del Adulto Mayor Ancón-2012

Tabla 4: Según grado de instrucción de la población del adulto mayor del Club de Villa en el distrito de Ancón 2012

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	18	25,70%
Primaria	39	55,70%
Secundaria	12	17,10%
Superior técnico	1	1,40%
Total	70	100,00%

Fuente: Evaluación en el Estado Nutricional del Adulto Mayor Ancón-2012

Tabla 5: Según lugar de procedencia de la población del adulto mayor del Club de Villa en el distrito de Ancón 2012

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Lima	10	14,29%
Provincia	60	85,71%
Total	70	100,00%

Fuente: Evaluación en el Estado Nutricional del Adulto Mayor Ancón-2012