



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO**

**ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL  
DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE  
SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE  
MACHALA**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA

**AUTORA:**

*María Esther Serrano Serrano*

**DIRECTORA:**

*Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde, Mg. Sc.*

**LOJA - ECUADOR**

**2018**

# CERTIFICACIÓN

**Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde, Mg. Sc.**

**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Haber asesorado, revisado y orientado en todas sus partes, el desarrollo de la tesis de investigación titulada: **ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA**, de autoría de la Srta. María Esther Serrano Serrano, misma que ha sido asesorada y monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica como estipula la normativa vigente en la Universidad Nacional de Loja, razón por la cual autorizo su presentación, sustentación y defensa correspondiente.

Loja 29 de mayo del 2018

Atentamente,



.....  
**Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde, Mg. Sc.**

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, María Esther Serrano Serrano, declaro ser autora del presente Trabajo titulado **ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

**Autora:** María Esther Serrano Serrano

**Firma:**  .....

**Cedula:** 1106017666

**Fecha:** 29 de mayo del 2018

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo María Esther Serrano Serrano, declaro ser autora de la tesis titulada “ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA”, como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 29 días del mes de mayo del dos mil dieciocho, firma la autora.

Firma:  .....

**Autora:** María Esther Serrano Serrano

**Cedula:** 1106017666

**Dirección:** Cda. “Víctor Emilio Valdivieso”

**Correo Electrónico:** estherserrano23@outlook.com

**Celular:** 0992288781

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de tesis:** Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde, Mg. Sc.

#### Tribunal de grado

**Presidente:** Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

**Vocal:** Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

**Vocal:** Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc.

## DEDICATORIA

El presente trabajo realizado está dedicado a Dios, quien es el que nos guía, nos da sabiduría y fuerza para seguir adelante, así como también el haberme permitido lograr esta profesión.

Con inmenso amor y cariño a mis padres Ángel y Celia, por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en todos los momentos de mi vida y por apoyarme con los recursos necesarios para estudiar.

A mi tía Marina que, aunque hoy ya no está conmigo, estoy segura que desde el cielo celebra junto a mí este triunfo.

A mis hermanos Ruth, Jorge, Enma, Mayuri por estar siempre junto a mí, acompañándome y apoyándome para poder realizarme profesionalmente.

A mi directora de tesis Mg. Judith Marlene Encalada, por su dedicación, colaboración y tolerancia que Dios le de toda la sabiduría para que siga educando a las futuras generaciones.

A todas las personas que estuvieron de una u otra forma cerca de mí apoyándome y brindándome su colaboración y comprensión.

*Ma. Esther Serrano*

## AGRADECIMIENTO

Al finalizar el presente trabajo de investigación deo constancia de agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Facultad de La Salud Humana, Carrera de Enfermería por ser mi institución de formación académica y haberme brindado esta oportunidad de superación profesional; a sus dignas autoridades y docentes, que desinteresadamente impartieron sus conocimientos que sirvieron de guía en mi formación profesional, de manera especial a Mg. Judith Marlene Encalada y Mg. Hilvia Figueroa gracias por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, sus experiencias y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi trabajo con éxito.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, y a mis padres: Ángel y Celia a mis hermanos, Ruth, Jorge, Enma, Mayuri quienes me brindaron su apoyo incondicional y simplemente porque sin ellos no hubiera sido posible acariciar la ilusión de cumplir mis sueños.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

A todo el personal del Centro de Salud “Venezuela” y sus usuarios quienes me apoyaron en la recolección de datos.

*Ma. Esther Serrano.*

# ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b> .....	ii
<b>CERTIFICACIÓN</b> .....	ii
<b>AUTORÍA</b> .....	iii
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN</b> .....	iv
<b>DEDICATORIA</b> .....	v
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	vi
<b>ÍNDICE</b> .....	vii
<b>1. TÍTULO</b> .....	1
<b>2. RESUMEN</b> .....	2
<b>SUMMARY</b> .....	3
<b>3. INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>4. REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....	6
<b>4.1. Adulto Mayor</b> .....	6
4.1.1. Normativa general geronto-geriátrica del Ministerio de Salud Pública .....	6
4.1.2. Valoración geriátrica Integral.....	7
4.1.3. Implementación del Programa “Mis Mejores Años”. En .....	9
<b>4.2. Envejecimiento</b> .....	9
<b>4.2.1. Características del Envejecimiento</b> .....	10
4.2.1.1. Universal. ....	10
4.2.1.2. Determinado-regulado (intrínseca). ....	10
4.2.1.3. Progresiva.....	10
4.2.1.4. Supresora.....	10
4.2.1.5. Irreversible. ....	11
4.2.1.6. Específico (individual).....	11
<b>4.2.2. Cambios morfológicos funcionales asociados al envejecimiento</b> .....	11
4.2.2.1. Piel.....	11
4.2.2.2. Visión .....	12
4.2.2.3. Audición.....	12
4.2.2.4. Gusto y olfato .....	12
4.2.2.5. Tacto.....	12
4.2.2.6. Sistema Nervioso.....	12

4.2.3.	Envejecimiento Exitoso.....	13
4.2.4.	Envejecimiento Saludable.....	13
4.2.5.	Consecuencias del envejecimiento.....	13
4.3.	Estilo de Vida.....	14
4.3.1.	Tipos de estilo de vida.....	15
4.3.1.1.	Estilo de vida saludable.....	15
4.3.1.1.1.	Alimentación saludable.....	15
4.3.1.1.2.	Higiene.....	16
4.3.1.1.3.	Actividad física.....	16
4.3.1.1.4.	Dimensión Manejo del Estrés.....	17
4.3.1.1.5.	Dimensión Apoyo Interpersonal.....	17
4.3.1.1.6.	Dimensión Autorrealización.....	17
4.3.1.1.7.	Dimensión Responsabilidad en Salud.....	17
4.3.1.2.	Estilo de vida no saludable.....	18
4.4.	Estado Nutricional.....	19
4.4.1.	Nutrición.....	19
4.4.2.	Macronutrientes.....	20
4.5.	Medidas Antropométricas.....	24
4.5.1.	Peso.....	24
4.5.1.1.	Medición de Peso.....	25
4.5.1.2.	Equipo.....	25
4.5.1.3.	Método.....	25
4.5.1.4.	Procedimiento.....	25
4.5.2.	Talla.....	25
4.5.2.1.	Equipo.....	25
4.5.2.2.	Procedimientos para la medición.....	26
4.5.3.	Índice Masa Corporal.....	26
4.5.4.	Sobrepeso y obesidad.....	26
5.	METODOLOGÍA.....	28
5.1	Tipo de estudio.....	28
5.2	Área de estudio.....	28
5.3	Universo.....	28
5.4.	Criterios de inclusión.....	28



5.5.	Criterios de exclusión .....	29
5.6.	Técnicas e instrumentos para recolección de datos .....	29
5.7.	Plan de tabulación y análisis .....	30
5.8.	Consideraciones Éticas .....	30
6.	RESULTADOS .....	31
7.	DISCUSIÓN.....	41
8.	CONCLUSIONES .....	44
9.	RECOMENDACIONES .....	45
10.	BIBLIOGRAFÍA .....	46
11.	ANEXOS .....	49

# **1. TÍTULO**

**ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR  
DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA**

## 2. RESUMEN

El estilo de vida es el conjunto de hábitos que desarrolla una persona, que pueden ser saludables, y otras perjudiciales. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época donde se debe tomar en cuenta el estado nutricional que se ve afectado por los malos hábitos mantenidos durante su vida que provocan un problema de salud. El presente trabajo investigativo tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del centro de salud “Venezuela”. El tipo de estudio es de carácter descriptivo y corte transversal. La técnica utilizada para la recolección de datos es la encuesta, tipo test escala de estilo, para valorar el estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC) que se obtiene mediante la relación peso y talla. De los 121 adultos mayores encuestados se obtuvo como resultado que su mayoría se encuentran en una edad comprendida entre 65-69 años, de los cuales más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría tienen nivel de educación básico y viven con su familia, la mitad de adultos mayores practican estilo de vida no saludable y la otra mitad, saludable, respecto al estado nutricional, se evidenció que menos de la mitad presenta sobrepeso, menos de la cuarta parte tiene un estado nutricional normal y un bajo porcentaje obesidad tipo I, mediante los resultados obtenidos se concluye que no existe relación entre estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores.

**Palabras claves:** Adulto mayor, Estado nutricional, Estilo de vida

## SUMMARY

The lifestyle is the set of habits that a person develops can be healthy, and other harmful. Population aging is one of the phenomena of greatest impact in our time, which must take into account the nutritional status that is affected by bad habits maintained during life that cause a health problem. The objective of this research work is to determine the relationship between the lifestyle and the nutritional status of elderly people at the "Venezuela" health center. The type of study is descriptive and cross-sectional. The technique used for the data collection is the survey, type scale style test, to assess the nutritional status according to the body mass index (BMI) that is obtained by the relation weight and height. From the 121 older adults surveyed, it was found that most of them are between 65-69 years old, which more than half are female, most have a basic education level and live with their family, half of older adults practice unhealthy lifestyle and the other half, healthy, regarding nutritional status, it was evident that less than half is overweight, less than a quarter has a normal nutritional status and a low percentage obesity type I , through the results obtained it is concluded that there is no relationship between lifestyle and the nutritional status of elderly people.

**Key Words:** Elderly people, Nutritional status, Lifestyle

### 3. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el estilo de vida constituye una serie de aspectos que involucra factores psicológicos, sociales y económicos; en relación a los problemas nutricionales en los adultos mayores de la región de América Latina, se subraya que los cambios en el estilo de vida y la urbanización han influido en el proceso denominado “transición nutricional”, el cual acompaña el proceso de transición epidemiológica y demográfica.

Según Acosta (2015) La transición nutricional es un fenómeno caracterizado por condiciones de deficiencia nutricional, típicas de sociedades en desarrollo; acompañado por una alta prevalencia de malnutrición por exceso – y consecuentemente un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles-, propias de sociedades modernas, que coexisten en comunidades de bajos recursos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento sobre prevención de las enfermedades crónicas, indica la necesidad de lograr acciones encaminadas a la promoción de Estilos de Vida saludables, destacando que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se produce en los países de ingresos bajos y medios que tiene por causa factores de riesgo comunes y modificables, entre los que se destacan una alimentación poco sana, la inactividad física y el consumo de tabaco. (OMS tomado Tempestti, Gotthelf, & Alfaro, 2015)

La mayoría de los autores define a los estilos de vida como un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud y puede estar en situación de riesgo para la enfermedad; es decir, posee repercusiones importantes para la salud. Por ende, 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. (Robles & Rodríguez, 2014)

En “Javier Heraud” del distrito de Santa, en el año 2012 se efectuó un estudio para determinar el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor se pudo evidenciar que el 39,2% (56) tienen un estilo de vida saludable y un 60,8% (87) no saludable. En la distribución porcentual del estado nutricional de las personas adultas mayores que residen en la H. U. P. “Javier Heraud” del distrito de Santa, prevaleciendo el estado nutricional normal con un 42,0% (60), seguido por el 27,2% (39) de personas con sobrepeso, 18,2% (26) delgadez y 12,6% (18) obesidad. (Torrejón & Marquez, 2012)

El Ecuador experimenta el inicio de un proceso de transición demográfica caracterizado por el progresivo envejecimiento de la población. Al respecto el MIES (2013) menciona que “la población adulta aumentará progresivamente y pasará de haber significado el 6,5% del total de habitantes en 2010, al 7,4% en 2020 y al 2050 representarán el 18% de la población”. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época y el aumento de los índices de enfermedades crónicas degenerativas e incapacidades.

La presente investigación busca identificar el estilo de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, determinar factores sociodemográficos, identificar el estilo de vida que practican y valorar el estado nutricional del adulto mayor y en base a los resultados brindar una atención integral a las personas de este grupo etario para así reducir problemas de salud.

## 4. REVISIÓN DE LITERATURA

### 4.1. Adulto Mayor

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) menciona que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

En el Ecuador al adulto mayor se lo considera como la persona que tiene a partir de 65 años es decir pertenecen a la tercera edad, se lo reconoce como grupo de atención prioritaria por ende está dentro de los grupos vulnerables debido a la discriminación, y muchas veces sufren violencia y abandono familiar, lo que les ocasiona consecuencias graves, sobre todo, en la parte afectiva. Por este motivo la Constitución de la Republica establece artículos respecto a la protección y garantía de los derechos de las personas adultas mayores como son brindar atención gratuita de salud; establecer políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las inequidades de género, la etnia, la cultura. También el Estado asegura atención en centros especializados como nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. El desarrollo de programas destinados a fomentar su autonomía personal, reducir su dependencia y tener un envejecimiento activo y saludable.

**4.1.1. Normativa general geronto-geriátrica del Ministerio de Salud Pública.** El Manual de atención integral en salud a las y los adultos mayores del Ministerios de Salud Pública (2010) señala que:

- Todas las unidades operativas de los tres niveles de atención establecerán mecanismos que permitan el acceso a la asistencia continua, progresiva y gratuita a todas las personas adultas mayores.
- El personal de salud brindará a toda persona adulta mayor trato humanizado, fomentará la funcionalidad física y la autonomía personal para prevenir complicaciones que pueden llevarla a la dependencia.
- El personal de salud que atienda personas adultas mayores, llenará correctamente el formulario MSP-057 (Anexo 1) “Atención Adulto Mayor” de la historia clínica única en la primera consulta, independiente del motivo de la misma.
- En el continuo asistencial y progresivo a las personas adultas mayores, el personal de salud tendrá la obligación de realizar la valoración geriátrica integral, previa cita programada en el nivel ambulatorio y como parte de la atención en internación.
- El personal de salud que atienda a personas adultas mayores incluirá y explicará a la familia la condición del adulto mayor, su participación en el proceso continuo asistencial y progresivo y garantizará el ejercicio de los derechos de salud intercultural y el desarrollo para el pleno ejercicio del “buen vivir” (Álvarez, Pazmiño, Villalobos , & Villacís, 2010).

**4.1.2. Valoración geriátrica Integral.** Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales y en especial las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido, dentro del continuo asistencial y progresivo se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico



que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor (Álvarez, Pazmiño, Villalobos , & Villacís, 2010).

La valoración geriátrica integral comprende varios aspectos, como la valoración clínica y de laboratorio que son realizados por profesionales de la salud, así mismo la valoración funcional, cognitiva, nutricional y social cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente, el tamizaje rápido que ayuda a identificar factores de riesgo y orienta al profesional de salud en la toma de decisiones oportunas, la utilización del formulario 057/2010 de atención al adulto mayor el que incluye la revisión de sistemas, antecedentes personales, familiares y sociales, signos vitales, examen físico y antropometría, mismas que son esenciales como información descriptiva básica; otros aspectos importantes son la promoción y prevención, dentro de esta última contempla la aplicación de las vacunas influenza, neumococo y el control odontológico a este grupo poblacional, así como la conformación de grupos de apoyo como es el club de adultos mayores en los cuales se realizan actividades educativas, recreativas y ocupacionales. (Anexo 2)

El Ministerio de Salud Pública su objetivo es brindar una atención integral al adulto mayor en sus diferentes niveles de atención realizando manuales de normas, protocolos y guías geronto geriátricas que tienen como finalidad fortificar la capacidad de atención primaria el mismo que consta de Formularios de registro y notificación de atención ambulatoria y hospitalización del adulto mayor, Signos vitales, Antropometría, Promoción de la salud, Prevención, Síndromes Geriátricos que indican como valorar a un adulto mayor, para así de esta manera responder a los problemas de salud prevalentes de las personas adultos mayores el personal de salud tiene la obligación de brindar un trato

humanizado, fomentará la funcionalidad física y la autonomía personal para prevenir complicaciones que pueden llevarla a la dependencia.

**4.1.3. Implementación del Programa “Mis Mejores Años”.** En el Ecuador, hasta septiembre de 2017, 474.043 adultos mayores reciben pensión no contributiva; con una inversión de 284'425.800 dólares. El programa Mis Mejores Años, es una promesa de campaña del presidente de la República Lenín Moreno. Con él, hasta noviembre de este año, 12.459 adultos mayores han sido habilitados para recibir el aumento de su pensión de 50 a 100 dólares.

Otro soporte para el adulto mayor ecuatoriano es el Programa Mis Mejores Años, el mismo que se lo ejecuta a través de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, este se lleva a cabo con la inclusión de 5.000 nuevos ingresos para el sistema de pensiones no contributivas para adultos mayores en situación de pobreza extrema, además de atención médica, servicios gerontológicos, actividades educativas y recreativas.

## **4.2. Envejecimiento**

Penny & Nelgar, (2012) indica que “el envejecimiento como la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse a del medio ambiente, lo que requiere especial atención sanitaria”. Esta fase comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos.

El envejecimiento este ocurre a todos los seres humanos, cuando va ganando años es un proceso sucesivo universal asociado a un conjunto de cambios funcionales, morfológicos psicológicos que aparecen en el transcurso del tiempo.

**4.2.1. Características del Envejecimiento.** Algunas características de los adultos mayores como son:

**4.2.1.1. Universal.** El envejecimiento afecta a todos los seres vivos y constituye la etapa final de su ciclo vital. En general, cuanto más evolucionada es una persona, más prolonga su longevidad y en consecuencia, el proceso de envejecimiento se muestra más florido

**4.2.1.2. Determinado-regulado (intrínseca).** Existen dos aspectos fundamentales en el envejecimiento. En primer lugar, la base genética que determina gran parte de este proceso y por otro el efecto regulador que el ambiente puede ejercer sobre esta base genética. La información de los genes determina de una forma importante la habilidad de las células para combatir determinadas moléculas nocivas que se producen en su interior. Por otra parte, el ambiente entendido como nutrición, ejercicio, etc., sabemos que modula de una forma importante la expresión determinada genéticamente.

**4.2.1.3. Progresiva.** Es un proceso en el cual es difícil determinar su punto de inicio, pero, una vez establecido ocurre de forma progresiva, aunque su cinética es variable cada individuo. Así, veremos especies en las cuales el envejecimiento tiene lugar de forma rápida mientras que, en otras, el envejecimiento ocupa un espacio temporal dilatado de la vida del animal.

**4.2.1.4. Supresora.** Como consecuencia del envejecimiento se van perdiendo capacidades que, en última instancia, conducen a un fallo generalizado de la actividad. De forma concomitante al paso de los años, nuestros organismos acumulan alteraciones a nivel molecular, celular, tisular y sistémico que van dificultando la capacidad de adaptación a las variaciones del medio interno y externo.

**4.2.1.5. Irreversible.** El envejecimiento es continuo, sin límites.

**4.2.1.6. Específico (individual).** Cada persona envejece de una forma diferente a las demás. Esto establece que el envejecimiento es específico para cada individuo.

Esta característica hace que esta etapa del ciclo vital esté acompañada de las siguientes consecuencias: Un incremento de la mortalidad a medida que progresa la edad, cambios bioquímicos en la composición de los tejidos del organismo, progresiva reducción de la capacidad funcional de los órganos, disminución de la capacidad de las respuestas de adaptación, incremento de la susceptibilidad y vulnerabilidad a las enfermedades.

Las características engloban todo sobre el envejecimiento es decir envejecemos todas las personas, pero de diferente forma unas personas más rápido y otras menos, donde hay cambios físicos y funcionales, donde se van perdiendo las capacidades poco a poco en el transcurso del tiempo. (Licon, 2013)

**4.2.2. Cambios morfológicos funcionales asociados al envejecimiento.** Felipe Salech (2012) señala que el envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples, y su análisis completo pudiera terminar en una lista interminable.

**4.2.2.1. Piel.** La reproducción celular es más lenta, las células de la epidermis adelgazan, los haces de colágeno se modifican y este se hace más rígido por lo que pierde su funcionalidad, lo cual predispone a la aparición de arrugas.

**4.2.2.2. Visión.** Disminuye el tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

**4.2.2.3. Audición.** Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales.

**4.2.2.4. Gusto y olfato.** Después de los 60 años, disminuye el número de papilas gustativas, aumenta la pérdida progresiva del olfato lo que dificulta la degustación de los sabores y el disfrute de los alimentos, se presenta una disminución de la fuerza de la lengua y de los músculos de las mejillas que disminuyen la producción de saliva, causan dificultad para deglutir e incluso puede ser peligroso por el riesgo aumentado de atragantamiento, pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

**4.2.2.5. Tacto.** Disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

**4.2.2.6. Sistema Nervioso.** El cerebro pierde 5 - 10% de su peso, debido a la pérdida neuronal y patologías sin diagnóstico, los surcos neuronales pueden verse ensanchados, disminuye la superficie cerebral. Estas condiciones pueden afectar el funcionamiento cerebral, hay una menor capacidad de atención, memoria de trabajo, disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental, capacidad de razonamiento abstracto, enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance.

**4.2.2.7. Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones.** Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más

vulnerables a la fractura, se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular, se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones (Álvarez & Calderon, 2015).

**4.2.3. Envejecimiento Exitoso.** El Dr. William Hall, manifiesta, en sus conferencias nos indica que “el tener una vejez exitosa depende de nosotros exclusivamente, si nos alimentamos bien, si mantenemos actividad física regular y continua, evitando el sedentarismo, si mantenemos antes de los 75 años nuestro peso dentro de valores ideales” de esta manera evitaremos padecer enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión tendremos un envejecimiento digno.

**4.2.4. Envejecimiento Saludable.** OMS (2015) Señala el término Envejecimiento Saludable se lo utiliza para referirse a un “estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables”. Este tema es una problemática en la vejez debido a que muchas personas presentan una o más patologías que están bien controladas y tienen poca influencia en su capacidad de funcionamiento. Es decir, envejecimiento Saludable es un proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los caracteres relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella.

**4.2.5. Consecuencias del envejecimiento.** En general, podemos afirmar que se produce la pérdida de la capacidad para mantener estable el medio interno del individuo frente a las perturbaciones del entorno, es decir un adulto mayor tiene menor capacidad de

las personas mayores para soportar temperaturas extremas, infecciones y situaciones de estrés en general, también la fuerza y la elasticidad del sistema musculoesquelético se deterioran, y se produce un descenso de la filtración de los riñones, de la ventilación de los pulmones o del flujo sanguíneo máximo. Aparece un aumento de la intolerancia a la glucosa, así como una pérdida de visión, audición, memoria, coordinación motora y de otras funciones fisiológicas de importancia. La mayoría de los órganos vitales van a sufrir fenómenos de atrofia o degeneración (Albizanda & L, 2015)

### **4.3. Estilo de Vida**

Los estilos de vida saludable hacen referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes del diario vivir que realizan las personas, para mantener su cuerpo y mente de una manera adecuada. La Organización Mundial de la Salud OMS define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.”

Según Perea indica que “El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales, en su forma más llana el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir (Montoya, 2010)

El estilo de vida es el conjunto de hábitos o conductas que tienen cada persona y las realiza en su diario vivir estas pueden ser saludables o también perjudiciales para la salud, todo depende de sus conocimientos, necesidades, medios económicos, entre otros aspectos.

**4.3.1. Tipos de estilo de vida.** La mayoría de autores reconocen dos tipos: estilo de vida saludable y estilo de vida no saludable.

**4.3.1.1. Estilo de vida saludable.** León (2016, p. 11), afirma que los estilos de vida saludables son definidos como “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas: respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, apropiada, temperatura, higiene, peligros ambientales, comunicación, y espiritual del individuo.” Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y factores protectores para el bienestar, para lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones conductas individuales, sino también de acciones del entorno social. Por esta razón podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables, que poniendo en práctica ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

**4.3.1.1.1. Alimentación saludable.** “Es el proceso mediante el cual, los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir.” (OPS, 2016)

Una alimentación saludable significa consumir alimentos variados, que contengan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sales minerales y vitaminas, e incorporar regularmente alimentos ricos en fibras consumir frutas, verduras y granos enteros. Gracias a ellos nuestro organismo funciona bien y crea mecanismos para defenderse de las enfermedades. La dieta debe ser variada, equilibrada y gastronómicamente apetecible. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito, de fácil masticación y digestión. Consuma al menos cinco porciones de frutas y verduras al día. Contienen fibra que



favorecen la digestión y ayudan a bajar el colesterol y el azúcar en sangre. Se recomienda ingerir 4 o 5 porciones de leche, yogurt, queso con bajo contenido en grasas. Estos aportan proteínas, hierro, calcio, vitaminas y antioxidantes. Recuerde que el calcio mantiene la fortaleza en los huesos y previene la osteoporosis.

Se debe consumir aceites vegetales como de soya, maíz, evitar el consumo de grasas de origen animal como manteca y mayonesa.

Reduzca el consumo de sal y evite añadirla a las comidas

Modere el consumo de azúcar, dulces y golosinas.

Disminuya el consumo de té o café porque alteran la calidad del sueño.

Coma despacio y mastique bien cada bocado. Si tiene problemas de masticación, coma la carne picada o molida y las frutas o verduras rayadas o pureteadas (Savio, 2011)

*4.3.1.1.2. Higiene.* Es el conjunto de conocimientos y técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud de los seres humanos, pero también cuando decimos higiene nos estamos refiriendo al aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo o de algún ambiente.

*4.3.1.1.3. Actividad física.* OPS (2016) indica que “es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo. Caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga y trabajar en la huerta o el jardín.”

A continuación, detallamos algunos beneficios del ejercicio y la actividad física:

La mayoría de las personas adultas mayores pueden realizar algún tipo de actividad física y beneficiarse de ello. El caminar a paso rápido, andar en bicicleta o pedalear en

bicicleta fija, nadar, levantar pesas y trabajar en el jardín, son actividades sin riesgo si se las comienza lentamente. Si no está acostumbrado al ejercicio activo o si tiene enfermedades crónicas como diabetes, cardíacas, es recomendable que consulte antes con su médico. Si se trata de una persona mayor frágil los ejercicios adaptados a su nivel de movilidad también serán positivos.

*4.3.1.1.4. Dimensión Manejo del Estrés.* Según Torrejón & Marquez (2012) El manejo del estrés se refiere “al esfuerzo que hace el adulto mayor por controlar y reducir la tensión” que brota cuando la tensión es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas, sencillas o complejas, como tomar una siesta, pensar en cosas agradables o también salir a realizar actividades físicas para sobrellevar la presión, el estrés.

*4.3.1.1.5. Dimensión Apoyo Interpersonal.* Es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser predominantemente social, para lo cual él requiere el apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir en el camino de la vida, junto a otros individuos de su entorno.

*4.3.1.1.6. Dimensión Autorrealización.* Según Torrejón & Marquez (2012) Se refiere “a la adopción del adulto mayor a su inicio como persona en la tercera edad, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales” esto contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia él mismo como adulto mayor, alcanzando la superación y a la autorrealización.

*4.3.1.1.7. Dimensión Responsabilidad en Salud.* En el adulto mayor implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas, en vez de aquellas que generan

un riesgo para su salud; además, modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud. (Torrejón & Marquez, 2012)

Un estilo de vida saludable, es un patrón de conducta, que se aprende mediante la práctica diaria del conocimiento adquirido, se puede realizar un listado de estilos de vida saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir enfermedades y mantener el bienestar para generar un mejor estado de salud, satisfacción de necesidades y tener un envejecimiento exitoso.

**4.3.1.2. Estilo de vida no saludable.** Según Pardo y Núñez, los estilos de vida no saludables son “los comportamientos hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida”. Es el estilo de vida no saludable los que conllevan a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal. Entre estos tenemos:

Mala alimentación, lo cual lleva a un deterioro físico mental.

- Deficiente estado higiénico, lo cual perjudica la salud y las relaciones interpersonales.
- Alteraciones del sueño, el no descansar las horas debidas, predispone a la persona a alteraciones nerviosas y así también a cambios de no poder desarrollar las actividades diarias adecuadamente.
- Baja actividad física, hace que la salud se deteriore y así también hace a la persona propensa al cansancio continuo, no pudiendo desarrollar actividades de su vida diaria.
- Consumo excesivo de cigarrillos y alcohol que dañan la salud de la persona.
- Exposición al estrés, debido a que el estrés conlleva a un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad.

- Tener malas relaciones interpersonales, el conocer a personas que no ayuda a crecer en la vida estandarán el desarrollo personal. (Leon, 2016).

Se entiende por estilo de vida no saludable aquellas actividades de una persona que realiza a lo contrario de los estilos de vida saludables, las mismas que lo conllevarán al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad.

#### **4.4. Estado Nutricional**

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por los requerimientos y la ingesta; 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

Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La ingesta energética disminuye más aún en los adultos mayores a causa de incapacidades que limitan su actividad física. (Senayda Taco, 2015)

**4.4.1. Nutrición.** El envejecimiento viene acompañado de cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional. Las deficiencias sensoriales, tales como un menor sentido del gusto o del olfato, o ambos, en muchos casos disminuyen el apetito. La mala salud bucodental o los problemas dentales pueden producir dificultad para masticar, inflamación de las encías y una dieta monótona de baja calidad, factores que aumentan el riesgo de desnutrición. Asimismo, puede que se vea afectada la secreción de ácido gástrico, lo que reduce la absorción de hierro y vitamina B12. Y la pérdida progresiva de visión y audición, así como la artrosis, en muchos casos limitan la movilidad y afectan la capacidad

de las personas mayores para ir a comprar alimentos y preparar comidas. Junto con estos cambios fisiológicos, el envejecimiento también puede venir acompañado de profundos cambios psicosociales y ambientales, como el aislamiento, la soledad, la depresión y la falta de ingresos, lo que también puede tener efectos importantes en la dieta. Combinadas, estas tendencias aumentan el riesgo de desnutrición en la vejez, y a pesar de que las necesidades calóricas disminuyen con la edad, la necesidad de la mayoría de los nutrientes se mantiene relativamente sin cambios. La desnutrición en la edad avanzada interactúa con los cambios fundamentales relacionados con la edad descritos anteriormente, lo que a menudo se manifiesta en reducción de la masa muscular y ósea y mayor riesgo de fragilidad. La desnutrición también se ha asociado con deterioro de la función cognitiva, deterioro de la capacidad para cuidar de uno mismo y mayor riesgo de dependencia de cuidados (OMS, 2015)

**4.4.2. Macronutrientes.** Es muy importante mencionar el rol de los ácidos grasos omega 3 y la fibra dietaria en la salud durante el envejecimiento.

Fibra dietaria: conocida por su importante rol en la mantención de la salud intestinal y la protección contra enfermedades de la salud y otras condiciones metabólicas, alterando los niveles de colesterol y/o glucosa en la sangre. Se encuentra presente principalmente en alimentos como las legumbres, los cereales integrales (granos y harinas sin refinar) y en frutas y verduras.

Ácidos grasos omega 3: En el caso de los lípidos, más que el alto consumo de grasas saturadas en los adultos mayores, su tema es el bajo consumo de ácidos grasos omega 3. Estudios epidemiológicos han encontrado que la alta ingesta de ácidos grasos omega 3 provee una gran protección para muchas condiciones, incluyendo eventos cardiovasculares (Ej: arritmias, muertes cardiacas, infartos recurrentes al miocardio), diabetes y la

declinación cognitiva. Aquí el gran tema es que los ácidos grasos omega 3 son limitados en una dieta normal, encontrándose en forma natural y como principales fuentes en alimentos como pescados grasos, semillas de linaza, chía y nueces

**4.4.3. Micronutrientes.** Las vitaminas y minerales son considerados nutrientes esenciales para la mayoría de las funciones de nuestro organismo.

Tanto las vitaminas como los minerales que requerimos diariamente las obtenemos de los alimentos que ingerimos, pero en ciertas ocasiones no son suficientes y se hace necesario suplementar las. Con la edad, especialmente pasados los 50 años, la absorción de algunas vitaminas y minerales suele estar disminuida, de ahí que se hace necesario suplementarlas

Vitamina D: los adultos mayores tienen un mayor riesgo de tener cantidades no adecuadas de vitamina D debido a las limitadas fuentes de ella a través de los alimentos (leches fortificadas, queso, mantequilla, leche de soya y pescados grasos), una baja exposición al sol, una disminución en la capacidad de sintetizarla (incluso cuando la exposición al sol es abundante) y una disminución en la capacidad de los riñones de convertir la vitamina D en su forma activa. Si bien antiguamente la absorción de vitamina D estaba relacionada con la absorción de calcio, el metabolismo y la salud de los huesos, actualmente también se asocia a numerosas condiciones neurológicas y crónicas. Incluso se han identificado asociaciones entre las deficiencias de vitamina D y numerosas funciones cognitivas Héctor Cori , Director para Latinoamérica de Ciencias de la Nutrición de la empresa DSM Nutritional Products comenta que “el rol de la vitamina D es clave en la fuerza muscular de los adultos mayores y la ingesta recomendada de esta vitamina en esta población fluctúa entre los 800 y 1000 UI/ día, la cual disminuye en un 20% la probabilidad de fracturas y caídas en los ancianos. Dado que llegar a esa recomendación

muchas veces se dificulta a través de la alimentación, la suplementación de vitamina junto con la absorción de 30 minutos de sol al día son elementos importantes para abordarlas”.

Vitamina E: posee un rol importante como agente antioxidante y en la mantención de la función inmune. Una buena fuente de vitamina E a través de los alimentos es la inclusión de frutos secos (almendras, nueces y avellanas), germen de trigo, vegetales de hoja verde y semillas de girasol. Debido a la dificultad de obtener suficientes niveles de vitamina E de la dieta, es que algunas personas están incorporando la ingesta de suplementos de esta vitamina. Sin embargo, por un tema de biodisponibilidad, siempre es mejor incluir estos micronutrientes a través de la alimentación

Vitamina B6: es una vitamina importante en numerosas reacciones metabólicas de nuestro organismo y sus deficiencias incluso pueden estar asociadas a una declinación en la función cognitiva y a cuadros de depresión, problemas comunes en adultos mayores

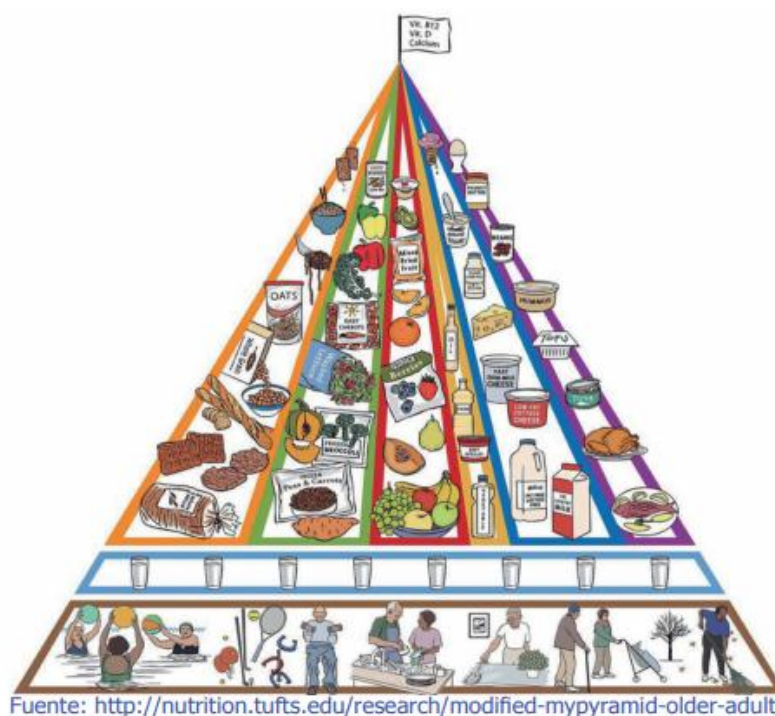
Vitamina B12: a pesar de que muchos adultos mayores consumen suficiente vitamina B12, existe un serio problema en esta población debido a que es pobremente absorbida en el organismo por una disminución en la acidez del estómago. Los bajos niveles de esta vitamina pueden conducir a una variedad de serios problemas neuronales, que van desde neuropatías periféricas, trastornos del equilibrio, alteraciones cognitivas y en última instancia, a la discapacidad física. Fuentes de vitamina B12 son la carne, vísceras y mariscos.

Minerales: estudios han demostrado el importante rol que tienen tanto el magnesio como el calcio y el potasio en la mantención de la salud de los huesos. Esto indica que un adecuado consumo de frutas y verduras (muchas veces no relacionado a ello), junto al

consumo de productos lácteos, son alimentos importantes para abordar estos nutrientes. (Pedro Prieto, 2015)

Los alimentos que deben formar parte de la dieta del adulto mayor, son aquellos que tienen mayor cantidad de nutrientes como las legumbres, frutas, verduras, pollo, pescado. Se deberán incluir estos alimentos en la comida diaria, de acuerdo a la pirámide nutricional y a la tabla de recomendaciones de consumo para adultos mayores. (Carrión, 2014).

**Gráfico 1. Pirámide nutricional**



RECOMENDACIONES DE CONSUMO DIARIO DE CALORÍAS, NUTRIENTES Y AGUA						
Edad	Sexo	Energía (calorías totales)	Carbohidratos (45-65%)	Proteínas (10-35%)	Grasas (20-35%)	Agua (agua pura, bebidas, en alimentos)
60 a 70 años	Femenino	1978 kcal	55%	15%	30%	2,7 litros
	Masculino	2204 kcal	55%	15%	30%	3,7 litros
mayor de 70 años	Femenino	2054 kcal	55%	15%	30%	2,1 litros
	Masculino	1873 kcal	55%	15%	30%	2,6 litros

Fuentes: World Health Organization/Food and Agricultural Organization of the United Nations, 2004



El estado nutricional se entiende que es el resultado de la ingesta de alimentos pero a su vez esta se encuentra afectada por los cambios del envejecimiento es decir que en la vejez ya se encuentra disminuida la sensación del gusto y del olfato, por lo que existe menor posibilidad de diferenciar sabores. Las papilas gustativas que más se afectan son las de la parte anterior de la lengua, falta de piezas dentales para masticar, estas hacen que haya disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales, todo esto puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes.

#### **4.5. Medidas Antropométricas**

Las medidas antropométricas comúnmente usadas en el adulto mayor son: peso, talla, pliegues tricipital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, muy útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los adultos mayores.

De acuerdo con el Manual de Atención Integral de las y los adultos mayores del Ministerio de Salud Pública una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de Quetelet (peso kg/talla  $m^2$ ) o índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

**4.5.1. Peso.** El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir composición corporal; sin embargo, 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 productoras de discapacidad en el adulto mayor.

**4.5.1.1. Medición de Peso.** Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos.

**4.5.1.2. Equipo.** Báscula para adulto portátil, electrónica ó de plataforma con capacidad mínima de 150 Kg. y precisión de 100 a 200 g.

**4.5.1.3. Método**

Instalación de la báscula.

Localice una superficie plana horizontal y firme para colocarla. No se coloque sobre alfombra ni tapetes.

Calibre la báscula antes de empezar el procedimiento.

**4.5.1.4. Procedimiento**

- La medición se realizará con la menor ropa posible y sin zapatos. Se pide al sujeto que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador.
- Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados.
- Si se emplea báscula de peso, se toma la lectura cuando el indicador de la báscula se encuentra completamente fijo.

**4.5.2. Talla.** Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de “firmes”, se mide en centímetros (cm).

**4.5.2.1. Equipo**

- Balanza con tallímetro
- Estadímetro

#### 4.5.2.2. *Procedimientos para la medición*

- Informe al paciente las actividades que se va a realizar para que esté enterado y sea más fácil medirlo.
- Informe a la familia o familiar, las actividades que se van a desarrollar para que estén tranquilos.
- Indique al usuario que se quite el calzado, gorras, adornos y se suelte el cabello. Si es necesario, ayúdele.
- Coloque a la persona debajo del estadímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida su cuerpo en dos hemisferios.  
Toma de talla con estadímetro
- Verifique que los pies estén en posición correcta.

**4.5.3. Índice Masa Corporal.** OMS (2012) manifiesta “este indicador es simple y útil y presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con masa magra.” El índice de masa corporal ideal para los ancianos no está definido. pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 kg/m<sup>2</sup>, las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocian con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables.

**4.5.4. Sobrepeso y obesidad.** En el caso de los adultos, la OMS (2017) señala que “El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades”. Sin embargo, hay que tomarlo en cuenta como un valor aproximado porque no puede corresponderse con el mismo nivel en diferentes personas.

**4.5.4.1.** Consecuencias comunes del sobrepeso y la obesidad para la salud. Según la OMS (2017) un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes las enfermedades cardiovasculares principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, que fueron la principal causa de muertes en 2012. La diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles como la diabetes; los trastornos del aparato locomotor en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante, y algunos cánceres endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon crecen con el aumento del IMC.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Tipo de estudio**

El presente trabajo investigativo es un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal ya que nos permitió conocer el estilo de vida que practican los adultos mayores y su situación nutricional.

### **5.2 Área de estudio**

El presente trabajo investigativo se lo realizó a los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud Venezuela ubicado la Parroquia 9 de Mayo, al sur de Machala, aproximadamente a dos kilómetros del Distrito de Salud su extensión territorial corresponde aproximadamente a 200 kilómetros cuadrados. Limita al norte: Con el ex aéreo puerto Manuel Serrano al sur: Con las Camaroneras y el Estero de Puerto Pilo al este: Los Barrios El Bosque, Liliam María y el Canal de la Puentecita al oeste: Con los Barrios Héroes de Jambelí, Brisas del Mar y Camaronera.

### **5.3 Universo**

El universo estuvo constituido por 121 personas adultas mayores que acudieron al centro de Salud Venezuela, en el mes de diciembre del 2017.

### **5.4. Criterios de inclusión**

- Adulto mayor de 65 años que recibieron atención en el centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala
- Adulto mayor de 65 años de ambos sexos.
- Adulto mayor de 65 años a más que otorgaron su consentimiento informado para participar en el estudio.

### 5.5. Criterios de exclusión

- Adultos mayores con problemas de comunicación.
- Adulto mayor que se niegue a participar de la entrevista para la investigación.

### 5.6. Técnicas e instrumentos para recolección de datos

La recolección de la información se realizó mediante la encuesta tipo test de escala de estilo de vida, elaborada por (Walker, Sechrist y Pender, modificado por Lic. Enf. Diaz R; Delgado R; y Reyna E (2008) tomada de Pardo Robles, Y. M. y Rodríguez Núñez, Y. (2014), misma que se aplicó de manera directa a los adultos mayores que se hacen atender en el Centro de Salud Venezuela, a fin de determinar el estilo de vida que practican; este instrumento estuvo conformado por un total de 25 ítems, y se consideró las siguientes dimensiones: alimentación, actividad - ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad de salud, se conforman sub escalas según numeración de preguntas:

1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> pregunta = Alimentación

7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> pregunta = Actividad y ejercicio

9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> pregunta = Manejo del estrés

13<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> pregunta = Apoyo interpersonal

17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> pregunta = Autorrealización

20<sup>a</sup>, 21<sup>a</sup>, 22<sup>a</sup>, 23<sup>a</sup>, 24<sup>a</sup>, 25<sup>a</sup> pregunta = Responsabilidad en salud

La calificación del instrumento se realizó aplicando los criterios cualitativos y cuantitativos: Nunca: N= 1; A veces: V = 2; Frecuentemente: F = 3 y Siempre: S = 4

El puntaje máximo del instrumento es 100 y el puntaje mínimo es 25: 75-100 puntos estilo de vida saludable; 25-74 puntos estilo de vida no saludable.

Se determinó el IMC a través de la tabla de valoración nutricional antropométrica según el Ministerio de Salud Pública; se midió el peso y la talla, y se clasifican en rangos como: muy bajo peso 16.00 a 16.99; bajo peso 17.00 a 18.99; normal 19.00 a 24.99; sobrepeso 25.00 a 29.99; obesidad tipo I 30,00 a 34.99; obesidad tipo II 35.00 a 39.99; obesidad tipo III 40.00 a 44.99. (Anexo 3)

### **5.7. Plan de tabulación y análisis**

Para la tabulación y análisis se utilizó el Software SPSS, elaborándose tablas simples de frecuencia de estadística descriptiva.

### **5.8. Consideraciones Éticas**

En esta investigación, se solicitó el consentimiento informado a los adultos mayores del Centro de Salud “Venezuela”. (Anexo 4)

## 6. RESULTADOS

**Tabla N° 1**

*Factores demográficos de los adultos mayores del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala*

Factores sociodemográficos	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
EDAD	65 – 69	60	49,6
	70- 74	36	29,8
	75 - 79	10	8,3
	80 y mas	15	12,4
	TOTAL	121	100
SEXO	Masculino	51	42,1
	Femenino	70	57,9
	TOTAL	121	100
NIVEL DE EDUCACION	Básico	97	80,2
	Secundario	12	9,9
	Superior	2	1,7
	Ninguna	10	8,3
	Total	121	100
ESTADO CIVIL	Casado	63	52,1
	Soltero	31	25,6
	Viudo	27	22,3
	Total	121	100
DEPENDENCIA ECONOMICA	Sueldo de jubilación	9	7,4
	Ayuda familiar	36	29,8
	BDH	39	32,2
	Ninguno	37	30,6
	Total	121	100
CONVIVENCIA	Solo	11	9,1
	Familia	39	32,2
	Esposo	35	28,9
	Hijos	36	29,8
	Total	121	100

**Fuente:** Encuesta

**Autora:** María Esther Serrano Serrano.

De los 121 adultos mayores del Centro de Salud que participaron en la encuesta se observa que cerca de la mitad de ellos se encuentran en edades comprendidas entre 65 a 69 años, con un ligero predominio del sexo femenino, la mayoría de ellos terminaron el nivel de educación básica, en cuanto a su estado civil más de la mitad son casados, en relación a su dependencia económica la cuarta parte son beneficiarios del bono de desarrollo humano, un menor porcentaje vive con su familia.



## Tabla N° 2

*Estilo de vida que practican los adultos mayores del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala.*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Estilo de vida saludable	60	49.6
Estilo de vida no saludable	61	50,4
Total	121	100

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano.

En la presente tabla se demuestra que la mitad de adultos mayores del Centro de Salud Venezuela tienen un Estilo de Vida no Saludable, es decir practican hábitos y conductas poco saludables esto conllevan al deterioro de su aspecto biológico, psicológico social, mientras que la otra mitad tienen un estilo de vida saludable.

**Tabla N° 2.1**

*Estilo de vida que practican los adultos mayores del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala en relación a la Alimentación.*

ALIMENTACIÓN								
INDICADORES	NUNCA		A VECES		FRECUENTEMENTE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Desayuno, almuerzo y merienda.	1	0,80	----	----	3	2,5	117	96,7
Alimentos balanceados que incluyan vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	1	0,80	35	28,9	46	38,0	39	32,2
Consumo agua.	15	12,4	47	38,8	34	28,1	25	20,7
Consumo de frutas.	11	9,1	54	44,6	----	----	21	17,4
Consumo de alimentos que contengan ingredientes artificiales o químicos	65	53,7	22	18,2	15	12,4	19	15,7
Revisión de etiquetas de alimentos	74	61,2	17	14,0	14	11,6	16	13,2

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano.

En la presente tabla en relación a la alimentación un poco más de la mitad de los adultos mayores no revisan las etiquetas de los alimentos, la mitad consumen alimento que contienen ingredientes artificiales y menos de la mitad de ellos consumen entre las comidas frutas, ellos deben tener una alimentación saludable que no sea cantidad sino calidad debe ser una dieta variada, equilibrada y gastronómicamente apetecible de fácil masticación y digestión. Una mala alimentación lleva un deterioro físico y mental en el adulto mayor.

**Tabla N° 2.2**

*Estilo de vida que practican los adultos mayores del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala en relación a la Actividad y ejercicio*

ACTIVIDAD Y EJERCICIO								
INDICADORES	NUNCA		A VECES		FRECUENTEMENTE		SIEMPRE	
	f	%	F	%	f	%	f	%
Actividad física de 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	73	60,3	24	19,8	10	8,3	14	11,6
Actividades diarias que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	14	11,6	20	16,5	28	23,1	58	47,9

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano

En la presente tabla se pueden observar más de la mitad de los adultos mayores no realizan actividad física pasan sedentarios, lo cual conlleva a que la salud se deteriore, la persona se sienta cansada disminuyendo el desarrollo en las actividades de su vida diaria.

**Tabla N° 2.3**

*Estilo de vida que practican los adultos mayores del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala en relación al manejo del estrés.*

MANEJO DEL ESTRÉS								
INDICADORES	NUNCA		AVECES		FRECUENTEMENTE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Situaciones que le causan preocupación en su vida	3	2,5	4	3,3	22	18,2	92	76,0
Expresa sentimientos preocupación	3	2,5	15	12,4	52	43,0	51	42,1
Plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	7	5,8	20	16,5	50	41,3	44	36,4
Actividades de relajación como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	12	9,9	41	33,9	36	29,8	31	25,6

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano

En la presente tabla en relación al manejo del estrés del adulto mayor en su mayoría saben identificar situaciones que le causan preocupación, menos de la mitad expresa sus sentimientos, un bajo porcentaje realiza actividades como tomar una siesta, pensar en otras cosas pasear y hacer ejercicios de respiración de esta manera sobrellevan el estrés.

**Tabla N° 2.4.**

*Estilo de vida que practican los adultos mayores del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala en relación al apoyo interpersonal.*

APOYO INTERPERSONAL								
INDICADORES	NUNCA		AVECES		FRECUENTEMENTE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Relación con los demás	5	4,1	27	22,3	10	8,3	79	65,3
Relaciones interpersonales con los demás	4	3,3	32	26,4	14	11,6	71	58,7
Comenta sus deseos e inquietudes con los demás	20	16,5	30	24,8	21	17,4	50	41,3
Recibe apoyo cuando enfrenta situaciones difíciles.	29	24,0	18	14,9	21	17,4	53	43,8

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano.

Se observa en relación al apoyo interpersonal que la mayoría de los adultos mayores se relacionan con las demás personas, más de la mitad tiene buenas relaciones interpersonales, que menos de la mitad comenta sus deseos e inquietudes y recibe apoyo de los demás, cuando tienen situaciones difíciles ya que es importante tener el apoyo familiar y social, ya que este permite sostenerse y seguir creciendo en el camino de la vida del adulto mayor.

**Tabla N° 2.5**

*Estilo de vida que practican los adultos mayores del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala en relación a la autorrealización.*

AUTOREALIZACION								
INDICADORES	NUNCA		AVECES		FRECUENTEMENTE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	F	%
Satisfacción con lo que ha realizado durante su vida	24	19,8	17	14,0	8	6,6	72	59,5
Satisfacción con las actividades que actualmente realiza	14	11,6	15	12,4	9	7,4	82	67,8
Actividades que fomenten su desarrollo personal	26	21,5	18	14,9	14	11,6	63	52,1

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano.

En relación a la autorrealización se observa que más de la mitad de los adultos mayores se encuentran satisfechos con lo que han realizado durante su vida y con las actividades que actualmente realizan, teniendo como tendencia a desarrollar al máximo los propios talentos de ellos esto contribuye a obtener un sentimiento de satisfacción hacia al mismo.

**Tabla N° 2.6**

*Estilo de vida que practican los adultos mayores del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala en relación al cuidado de su salud.*

RESPONSABILIDAD EN SALUD								
INDICADORES	NUNCA		AVECES		FRECUENTEMENTE		SIEMPRE	
	F	%	f	%	F	%	f	%
Control médico en un centro de salud	---	---	4	3,3	2	1,7	115	95,0
Presencia de molestias acude al Centro de salud.	1	0,8	7	5,8	5	4,1	108	89,3
Medicamentos prescritos por el medico	2	1,7	9	7,4	11	9,1	99	81,8
Recomendaciones del personal de salud.	8	6,6	24	19,8	17	14,0	72	59,5
Actividades que fomenten su salud	47	38,8	38	31,4	15	12,4	21	17,4
Consumo de sustancias nocivas.	116	95,9	---	---	3	2,5	2	1,7

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano.

Se observa que un alto porcentaje de los adultos mayores son responsables con su salud acuden al Centro de Salud, cuando presentan molestias solo toman medicamentos prescritos por el médico, toman en cuenta las recomendaciones que brindan el personal de salud, no consumen sustancias nocivas, ya que ellos deben escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas, en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud.

**Tabla N° 3.**

*Estado nutricional de los adultos mayores encuestados del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala*

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	1	0,8
Normal	26	21,5
Sobrepeso	53	43,8
Obesidad I	24	19,8
Obesidad II	14	11,6
Obesidad III	3	2,5
Total	121	100,0

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano.

En la presente tabla se observa que menos de la mitad de adultos mayores tienen sobrepeso y en menor cantidad tienen un estado nutricional normal. Sumando los porcentajes de obesidad tipo I, II, III, resulta que un tercio de ellos tienen obesidad cuya enfermedad es crónica y multifactorial, caracterizada por la acumulación de un exceso de grasa en un grado que provoca complicaciones como diabetes tipo 2, la enfermedad arterial coronaria y cerebrovascular por arteriosclerosis, que son las principales causas de muerte en nuestro país.



**Tabla N° 4**

*Relación entre estilo de vida y estado nutricional del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala.*

Estado Nutricional							
Estilo de vida	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III	TOTAL
<b>Saludable</b>	1	19	21	12	6	1	60
	0,8	15,7	17,4	9,9	5,0	0,8	49,6
<b>No saludables</b>	---	7	32	12	8	2	61
	---	5,8	26,4	9,9	6,6	1,7	50,4
<b>TOTAL</b>	1	26	53	24	14	3	121
	0,8	21,5	43,8	19,8	11,6	2,5	100

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** María Esther Serrano Serrano.

Se observa que menos de la cuarta parte de los adultos mayores tienen sobrepeso y un estilo de vida no saludable. Aplicando la prueba de chi cuadrado no existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional puesto que el resultado obtenido es de 0.093 y el estándar es  $p < 0,05$ .

## 7. DISCUSIÓN

Los estilos de vida es el conjunto de conductas que tiene una persona y las realiza en su diario vivir son representaciones significativas en el estado de salud; por esto se considera que la tercera parte de las enfermedades a nivel mundial se previenen a través de cambios en los estilos de vida. El estado nutricional es el resultado del balance entre la ingestión de alimentos lo cual resulta trascendental en la etapa de vida del adulto mayor, un adecuado estado nutricional, dependerá el poder preservar, proteger y mantener su salud, así como reducir complicaciones y enfermedades que son usuales en la vejez. Estos dos aspectos, tienen un alto grado de vinculación en lo que respecta al comportamiento individual en la prevención de diversos problemas de salud en esta edad.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que es una población en edad comprendidas entre 65-69 años en su mayor porcentaje, sobresaliendo el sexo femenino; por otro lado, los adultos mayores casi en su totalidad poseen un nivel de estudio básico, de estado civil casados son casados, beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano y viven con su familia. Estudio similar realizado por (Montejano, Ferrer, Clemente, & Martínez, 2014) sobre el “Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores” se evaluaron 660 personas de edad igual o superior a 65 años, siendo el 48,33% hombres y el 51,67% mujeres.

Respecto al estilo de vida que practican los adultos mayores en el presente estudio el 50,4 % tienen estilos no saludables; en la dimensión alimentación la mayoría adultos mayores no leen la etiquetas de los alimentos, consumen comidas que contienen ingredientes artificiales, según la dimensión ejercicio no realizan actividad física, y el 49,6 % se alimentan adecuadamente, realizan ejercicios es decir tienen estilos saludables, en la

dimensión manejo del estrés identifican las situaciones que le causan preocupación y saben solucionar sus problemas, en la dimensión apoyo interpersonal mantienen buenas relaciones con los demás, en la dimensión autorrealización están conformes con lo que han realizado en su vida, en cuanto a la dimensión responsabilidad en salud acuden a controles médicos mensuales, y no consumen nocivas. Estudios encontrados se relacionan como es el artículo científico de la autora (Flores S. , 2012) titulado “Estilo de vida y estado nutricional en el adulto mayor en la Urb. La Libertad” Chimbote, con una muestra de 239 adultos mayores, donde se encontró como resultado que el 78,2% presentaron un estilo de vida no saludable y el 21,8 % estilo de vida saludable, al no tener estilos de vida saludables se puede presentar mayor riesgo enfermedades y una vida más corta, es por eso que debemos fomentar estilos de vida saludable como alimentarnos adecuadamente, realizar ejercicios, no fumar, controles mensuales con el medico todo esto con la finalidad de alcanzar plenitud y bienestar y así tener un envejecimiento activo y saludable.

Al valorar el estado nutricional de los adultos mayores encuestados se determinó que el 43,8% tienen un sobrepeso, y el 21,5% son normales. En un estudio realizado por (Tempestti & Alfaro, Estilo de vida y estado nutricional en adultos de la provincia de Salta, 2015) se observa que hay prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 30,6% y 20,0% con diferencias significativas, es decir este tiene relación con el mismo. El sobrepeso y la obesidad estos son perjudiciales para la salud, es un factor de riesgo para la predisposición a varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo, apnea del sueño, ictus y osteoartritis, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales.

En cuanto a la relación del estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor se puede apreciar que no existe relación entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor

resultados obtenidos de las pruebas de chi-cuadrado. Resultado similar obtuvieron (Torrejón & Marquez, 2012) de una investigación realizada a 143 adultos mayores del H.U.P Javier Heraud donde concluyen que el estilo de vida no tiene relación con estado nutricional; por el hecho que existen adultos mayores que, aunque tienen un estilo de vida no saludable demuestran un estado nutricional normal y presentando un estilo de vida saludable presentan porcentajes de sobrepeso delgadez y obesidad; es posible que el estado nutricional en la vejez se encuentre influenciado por diversos aspectos porque tienen inadecuados estilos de vida, que se debe en la mayoría por malos hábitos, también a esta edad sufren cambios físicos, fisiológicos , emocionales; es por eso que se debe prestar atención a este grupo etario.

## 8. CONCLUSIONES

- En la población de estudio el grupo predominante se ubica entre las edades de 65 a 69 años, sexo femenino, su nivel de educación básica, de estado civil casados, viven con su familia.
- La mitad de adultos mayores tienen estilo de vida saludable, mientras la mitad de adultos mayores practican estilos de vida no saludables porque según la relación alimentación menos de la mitad de ellos “a veces” comen frutas, la mayoría consumen comida con ingredientes artificiales, y no leen las etiquetas de los alimentos; en cuanto a la relación actividad-ejercicio, más de la mitad no realizan actividad física, mientras que menos. Luego de realizar la evaluación del estado nutricional a través del índice de la masa corporal se obtiene que menos de la mitad de adultos mayores tienen sobrepeso, mientras que un bajo porcentaje tiene su estado nutricional normal.
- No existe relación estadística entre el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del Centro de Salud Venezuela.

## 9. RECOMENDACIONES

- Al personal profesional de Enfermería que labora en el Centro de Salud “Venezuela” de la ciudad de Machala que continúen desarrollando programas sobre estilos de vida saludables y Nutrición que permitan a los adultos mayores mejorar su calidad de salud y vida, a nivel físico, biológico psicológico y social, así como para prevenir y reducir los riesgos propios de la edad y puedan tener un envejecimiento activo y saludable.
- A la Carrera de Enfermería que continúen realizando otros estudios similares en diferentes lugares, para conocer distintas realidades de adultos mayores con el fin de establecer estrategias preventivas promocionales.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, L. (18 de 1 de 2015). *Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos*. Obtenido de revista Geriatrica gerontologica: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00107.pdf>
- Alba, D., & Santilla, S. (2014). Estado nutricional y habitos alimentarios y actividad fisica en adultos mayores del servicio pasivo de la policia de Ibarra. *Tesis de pregrado Universida tecnica del Norte*, <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3499/1/06%20NUT%20145%20TESIS.pdf>.
- Albizanda, P., & L, R. (2015). *Tratado de Medicina Geriatrica*. Elsevier.
- Álvarez, P., Figueroa, L. P., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de atencion integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito: Mgs. Fausto Segovia Baus.
- Álvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de atencion integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito: Mgs. Fausto Segovia Baus.
- Álvarez, R., & Calderon, M. (2015). *Conocimientos sobre la neumonía y la vacuna del neumococo en los adultos mayores del Hospital "José Félix Valdivieso" del cantón Santa Isabel, Cuenca, Marzo – Septiembre 2015*. Cuenca. Cuenca.
- Arauz, A. (03 de Abril de 2012). *Psicologia del Adulto mayor*. Obtenido de Blogspot.com: <http://psadultomayor.blogspot.com/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>
- Carrión, D. S. (2014). NORMA TECNICA DE POBLACION DEL ADULTO MAYOR. *Ministerio de Inclusion Economica y Social*, <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/articulos%20cientificos%20A7/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%20N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>.
- Dr. Álvarez Yánez, P., Pazmiño Figueroa, L., Dra. Villalobos, A., & Dr. Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de atencion integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito: Mgs. Fausto Segovia Baus.
- Ecuador, C. d. (2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador*. Obtenido de [http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal\\_a/base\\_legal/A.\\_Constitucion\\_republica\\_ecuador\\_2008constitucion.pdf](http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf)

- Felipe Salech, R. J. (2012). *Cambios fisiologicos asociados al envejecimiento*. Obtenido de [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf)
- Flores, I., & Leon, I. (2016). *estilo de vida del adulto mayor que asisten al centro gerontologico de yanzatza*. Obtenido de tesis de grado: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/12625>
- Flores, S. (2012). Estilo de vida y Estado nutricional del adulto mayor de la libertad Chimbote. *REVISTA CIENTIFICA IN CRESCENDO*, 267.
- GONZALEZ, J. L. (2011). EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA*, <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>.
- Leon, C. (2016). Estilos de vida de los adultos mayores. *Tesis de pregrado de la Universidad Nacional de Loja*, 20.
- Licon, G. (2013). *Caracteristicas del envejecimiento*. Obtenido de envejecimiento: <http://adulto-mayorcito.blogspot.com/2013/03/caracteristicas-del-envejecimiento.html>
- MIES. (- de - de 2013). *Ministerio de inclusion economica y social*. Obtenido de Ciudadanía activa y envejecimiento positivo: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Po1%C3%ADtica-P%C3%ABblica.pdf>
- MIES. (2017). *Mis mejores años*. Obtenido de mis mejores años: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/Revista-Inclusi%C3%B3n-N.-3.pdf>
- Montejano, R., Ferrer, R., Clemente, G., & Martínez, N. (2014). *Nutricion Hospitalaria*. Obtenido de Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309232271021.pdf>
- Montoya, L. (2010). Estilo de vida. *redalyc*, <http://www.redalyc.org/html/356/35616720002/>.
- OMS. (2015). *Envejecimiento Saludable*. Ginebra- Suiza: 20 Avenue Appia.
- OMS. (2017). Obtenido de Sobrepeso y Obesidad: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OPS, O. (2016). Estilo de vida saludable. *Guia de estilo de vida saludable en el ambito laboral*, [http://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=document&slug=estilos-vida-saludable-actividad-fisica&layout=default&alias=382-estilos-vida-saludable-](http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=document&slug=estilos-vida-saludable-actividad-fisica&layout=default&alias=382-estilos-vida-saludable-)



actividad-fisica&category\_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211.

- Pedro Prieto, P. M. (2015). *oportunidades y desafíos de innovación para el adulto mayor*. Chile: GfK Adimark.
- Penny, E., & Nelgar, F. (2012). *Envejecimiento*. Bolivia: La hoguera.
- Robles, & Páez, U. (2017). “Mis Mejores Años”. *Gobierno Nacional prepara la implementación del Programa “Mis Mejores Años”*, <http://www.inclusion.gob.ec/gobierno-nacional-prepara-la-implementacion-del-programa-mis-mejores-anos/>.
- Robles, Y., & Rodríguez, Y. (2014). ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN, CHIMBOTE. *In Cres. Vol. 5 N° 1:*, file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/articulos%20cientificosç/220-707-1-PB.pdf.
- Savio, I. (2011). *Alimentación y ejercicio del adulto mayor*. Obtenido de Alimentación y ejercicio del adulto mayor: [http://www.bps.gub.uy/bps/file/8115/1/\\_guia\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.bps.gub.uy/bps/file/8115/1/_guia_del_adulto_mayor.pdf)
- Senayda Taco, R. V. (2015). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del distrito Polaya. *Tesis pregrado Universidad Nacional de San Agustín*, <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/379/M-21587.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Tempestti, C., & Alfaro, S. (2015). *Estilo de vida y estado nutricional en adultos de la provincia de Salta*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/292952760\\_Estilos\\_de\\_vida\\_y\\_estado\\_nutricional\\_en\\_adultos\\_de\\_la\\_provincia\\_de\\_Salta](https://www.researchgate.net/publication/292952760_Estilos_de_vida_y_estado_nutricional_en_adultos_de_la_provincia_de_Salta)
- Tempestti, C., Gotthelf, S., & Alfaro, S. (28 de Agosto de 2015). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de la provincia Salta*. Obtenido de Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de la provincia Salta: [https://www.researchgate.net/publication/292952760\\_Estilos\\_de\\_vida\\_y\\_estado\\_nutricional\\_en\\_adultos\\_de\\_la\\_provincia\\_de\\_Salta](https://www.researchgate.net/publication/292952760_Estilos_de_vida_y_estado_nutricional_en_adultos_de_la_provincia_de_Salta)
- Torrejón, C., & Marquez, E. (2012). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. *REVISTA CIENTÍFICA IN CRESCENDO*, 267-276.
- Zimmermann, J., Cornejo, L., Donderis, C., Kaled, J., Ávila, Y. J., & Jurado, J. (2011). *Guía Médica de Atención Integral del Adulto Mayor*. Panamá.

# 11. ANEXOS

## Anexo 1.

ESTABLECIMIENTO	PACIENTE/NOMBRE	EDAD	SEXO	EDUCACION ESCOLAR/ACTUAL	EP HISTORIA CLINICA																																																																													
<b>1 MOTIVO DE CONSULTA</b>																																																																																		
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:60%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">AFORMANTE</td> <td style="width:10%; text-align:center;">GRABAR</td> <td style="width:10%; text-align:center;">TUBERNO</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>							AFORMANTE	GRABAR	TUBERNO																																																																									
	AFORMANTE	GRABAR	TUBERNO																																																																															
<b>2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL</b>																																																																																		
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:20%;"><b>RESUMEN DE LA ENFERMEDAD</b></td> <td style="width:80%;"></td> </tr> <tr> <td><b>ESTADO GENERAL</b></td> <td>DEPENDIENTE <input type="radio"/>    FRAGIL <input type="radio"/>    INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						<b>RESUMEN DE LA ENFERMEDAD</b>		<b>ESTADO GENERAL</b>	DEPENDIENTE <input type="radio"/> FRAGIL <input type="radio"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>																																																																									
<b>RESUMEN DE LA ENFERMEDAD</b>																																																																																		
<b>ESTADO GENERAL</b>	DEPENDIENTE <input type="radio"/> FRAGIL <input type="radio"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>																																																																																	
<b>3 REVISION ACTUAL DE SISTEMAS</b>																																																																																		
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%;">1. VISION <input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%;">2. AUDICION <input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%;">3. OLVIDO / OLVIDOS <input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%;">4. RESPIRATORIO <input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%;">5. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/></td> <td style="width:15%;">6. DIGESTIVO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/></td> <td>8. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/></td> <td>9. ENDOCRINO <input type="checkbox"/></td> <td>10. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/></td> <td>11. NEFRICO <input type="checkbox"/></td> <td>12. MUSCULO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						1. VISION <input type="checkbox"/>	2. AUDICION <input type="checkbox"/>	3. OLVIDO / OLVIDOS <input type="checkbox"/>	4. RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	5. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	6. DIGESTIVO <input type="checkbox"/>	7. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/>	8. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	9. ENDOCRINO <input type="checkbox"/>	10. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/>	11. NEFRICO <input type="checkbox"/>	12. MUSCULO <input type="checkbox"/>																																																																	
1. VISION <input type="checkbox"/>	2. AUDICION <input type="checkbox"/>	3. OLVIDO / OLVIDOS <input type="checkbox"/>	4. RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	5. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	6. DIGESTIVO <input type="checkbox"/>																																																																													
7. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/>	8. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	9. ENDOCRINO <input type="checkbox"/>	10. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/>	11. NEFRICO <input type="checkbox"/>	12. MUSCULO <input type="checkbox"/>																																																																													
<b>4 ANTECEDENTES PERSONALES</b>																																																																																		
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:20%;"><b>ALERTAS DE PREGUNTA</b></td> <td style="width:15%;">1. ENFERMEDAD</td> <td style="width:15%;">2. DERMATOLOGIA</td> <td style="width:15%;">3. PERIODO DE PREGUNTA</td> <td style="width:15%;">4. ALERGIAS</td> <td style="width:15%;">5. ALERGIAS DE ALIMENTACION</td> <td style="width:15%;">6. ALERGIAS DE COMPORTAMIENTO</td> </tr> <tr> <td><b>GENERALES</b></td> <td>7. ANIMACIONES <input type="checkbox"/></td> <td>8. TRASTORNO GENERAL <input type="checkbox"/></td> <td>9. HISTORIA DE PREGUNTA <input type="checkbox"/></td> <td>10. SANGRANOS <input type="checkbox"/></td> <td>11. ALIMENTACION <input type="checkbox"/></td> <td>12. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>13. CONTROL DE SALUD <input type="checkbox"/></td> <td>14. ALERGIAS <input type="checkbox"/></td> <td>15. OTROS <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><b>HABITOS SOCIALES</b></td> <td>16. TABAQUISMO <input type="checkbox"/></td> <td>17. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/></td> <td>18. MEDICACIONES <input type="checkbox"/></td> <td>19. OTROS HABITOS <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><b>CLINICO SUPLENIDOR</b></td> <td>20. DEFICIT DE COGNICION <input type="checkbox"/></td> <td>21. VISION <input type="checkbox"/></td> <td>22. OYIDACION <input type="checkbox"/></td> <td>23. DEFICIT DE LENGUAJE <input type="checkbox"/></td> <td>24. INCONTINENCIA <input type="checkbox"/></td> <td>25. URNARIO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>26. RESPIRATORIO <input type="checkbox"/></td> <td>27. DIGESTIVO <input type="checkbox"/></td> <td>28. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/></td> <td>29. ENDOCRINO <input type="checkbox"/></td> <td>30. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/></td> <td>31. NEFRICO <input type="checkbox"/></td> <td>32. MUSCULO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>33. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/></td> <td>34. PEDIATRIA <input type="checkbox"/></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td><b>SERVICIO ONTOLOGICO</b></td> <td>35. LENGUAJE <input type="checkbox"/></td> <td>36. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/></td> <td>37. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/></td> <td>38. SANGRANOS <input type="checkbox"/></td> <td>39. PREGUNTA <input type="checkbox"/></td> <td>40. OTROS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>NEUROLOGICO</b></td> <td>41. ENFERMEDAD ALZHEIMER <input type="checkbox"/></td> <td>42. TRASTORNO GENERAL <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><b>PSIQUIATRIA</b></td> <td>43. URNARIO <input type="checkbox"/></td> <td>44. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/></td> <td>45. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/></td> <td>46. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/></td> <td>47. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/></td> <td>48. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>49. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/></td> <td>50. PREGUNTA <input type="checkbox"/></td> <td>51. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>						<b>ALERTAS DE PREGUNTA</b>	1. ENFERMEDAD	2. DERMATOLOGIA	3. PERIODO DE PREGUNTA	4. ALERGIAS	5. ALERGIAS DE ALIMENTACION	6. ALERGIAS DE COMPORTAMIENTO	<b>GENERALES</b>	7. ANIMACIONES <input type="checkbox"/>	8. TRASTORNO GENERAL <input type="checkbox"/>	9. HISTORIA DE PREGUNTA <input type="checkbox"/>	10. SANGRANOS <input type="checkbox"/>	11. ALIMENTACION <input type="checkbox"/>	12. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	13. CONTROL DE SALUD <input type="checkbox"/>	14. ALERGIAS <input type="checkbox"/>	15. OTROS <input type="checkbox"/>					<b>HABITOS SOCIALES</b>	16. TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	17. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>	18. MEDICACIONES <input type="checkbox"/>	19. OTROS HABITOS <input type="checkbox"/>			<b>CLINICO SUPLENIDOR</b>	20. DEFICIT DE COGNICION <input type="checkbox"/>	21. VISION <input type="checkbox"/>	22. OYIDACION <input type="checkbox"/>	23. DEFICIT DE LENGUAJE <input type="checkbox"/>	24. INCONTINENCIA <input type="checkbox"/>	25. URNARIO <input type="checkbox"/>	26. RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	27. DIGESTIVO <input type="checkbox"/>	28. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/>	29. ENDOCRINO <input type="checkbox"/>	30. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/>	31. NEFRICO <input type="checkbox"/>	32. MUSCULO <input type="checkbox"/>	33. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	34. PEDIATRIA <input type="checkbox"/>						<b>SERVICIO ONTOLOGICO</b>	35. LENGUAJE <input type="checkbox"/>	36. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/>	37. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/>	38. SANGRANOS <input type="checkbox"/>	39. PREGUNTA <input type="checkbox"/>	40. OTROS <input type="checkbox"/>	<b>NEUROLOGICO</b>	41. ENFERMEDAD ALZHEIMER <input type="checkbox"/>	42. TRASTORNO GENERAL <input type="checkbox"/>					<b>PSIQUIATRIA</b>	43. URNARIO <input type="checkbox"/>	44. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	45. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	46. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	47. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	48. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	49. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	50. PREGUNTA <input type="checkbox"/>	51. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>				
<b>ALERTAS DE PREGUNTA</b>	1. ENFERMEDAD	2. DERMATOLOGIA	3. PERIODO DE PREGUNTA	4. ALERGIAS	5. ALERGIAS DE ALIMENTACION	6. ALERGIAS DE COMPORTAMIENTO																																																																												
<b>GENERALES</b>	7. ANIMACIONES <input type="checkbox"/>	8. TRASTORNO GENERAL <input type="checkbox"/>	9. HISTORIA DE PREGUNTA <input type="checkbox"/>	10. SANGRANOS <input type="checkbox"/>	11. ALIMENTACION <input type="checkbox"/>	12. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>																																																																												
13. CONTROL DE SALUD <input type="checkbox"/>	14. ALERGIAS <input type="checkbox"/>	15. OTROS <input type="checkbox"/>																																																																																
<b>HABITOS SOCIALES</b>	16. TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	17. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>	18. MEDICACIONES <input type="checkbox"/>	19. OTROS HABITOS <input type="checkbox"/>																																																																														
<b>CLINICO SUPLENIDOR</b>	20. DEFICIT DE COGNICION <input type="checkbox"/>	21. VISION <input type="checkbox"/>	22. OYIDACION <input type="checkbox"/>	23. DEFICIT DE LENGUAJE <input type="checkbox"/>	24. INCONTINENCIA <input type="checkbox"/>	25. URNARIO <input type="checkbox"/>																																																																												
26. RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	27. DIGESTIVO <input type="checkbox"/>	28. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/>	29. ENDOCRINO <input type="checkbox"/>	30. HEMOLINFATICO <input type="checkbox"/>	31. NEFRICO <input type="checkbox"/>	32. MUSCULO <input type="checkbox"/>																																																																												
33. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	34. PEDIATRIA <input type="checkbox"/>																																																																																	
<b>SERVICIO ONTOLOGICO</b>	35. LENGUAJE <input type="checkbox"/>	36. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/>	37. SENTIDO URBANO <input type="checkbox"/>	38. SANGRANOS <input type="checkbox"/>	39. PREGUNTA <input type="checkbox"/>	40. OTROS <input type="checkbox"/>																																																																												
<b>NEUROLOGICO</b>	41. ENFERMEDAD ALZHEIMER <input type="checkbox"/>	42. TRASTORNO GENERAL <input type="checkbox"/>																																																																																
<b>PSIQUIATRIA</b>	43. URNARIO <input type="checkbox"/>	44. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	45. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	46. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	47. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	48. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>																																																																												
49. ACTIVIDAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	50. PREGUNTA <input type="checkbox"/>	51. SUSTANTO EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>																																																																																
<b>5 ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES</b>																																																																																		
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%;">1. ENFERMEDAD</td> <td style="width:15%;">2. ENFERMEDAD</td> <td style="width:15%;">3. ENFERMEDAD</td> <td style="width:15%;">4. ENFERMEDAD</td> <td style="width:15%;">5. ENFERMEDAD</td> <td style="width:15%;">6. ENFERMEDAD</td> <td style="width:15%;">7. ENFERMEDAD</td> </tr> <tr> <td>8. ENFERMEDAD</td> <td>9. ENFERMEDAD</td> <td>10. ENFERMEDAD</td> <td>11. ENFERMEDAD</td> <td>12. ENFERMEDAD</td> <td>13. ENFERMEDAD</td> <td>14. ENFERMEDAD</td> </tr> </table>						1. ENFERMEDAD	2. ENFERMEDAD	3. ENFERMEDAD	4. ENFERMEDAD	5. ENFERMEDAD	6. ENFERMEDAD	7. ENFERMEDAD	8. ENFERMEDAD	9. ENFERMEDAD	10. ENFERMEDAD	11. ENFERMEDAD	12. ENFERMEDAD	13. ENFERMEDAD	14. ENFERMEDAD																																																															
1. ENFERMEDAD	2. ENFERMEDAD	3. ENFERMEDAD	4. ENFERMEDAD	5. ENFERMEDAD	6. ENFERMEDAD	7. ENFERMEDAD																																																																												
8. ENFERMEDAD	9. ENFERMEDAD	10. ENFERMEDAD	11. ENFERMEDAD	12. ENFERMEDAD	13. ENFERMEDAD	14. ENFERMEDAD																																																																												

**Anexo 2.**

**PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y**  
**LOS ADULTOS MAYORES**

<b>Valoración geriátrica integral</b>	<b>Escalas</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Tamizaje rápido</b>	Formulario Correspondiente	Determina las condiciones Geriátricas
<b>Valoración Clínica y de Laboratorio</b>	Formularios específicos de la Historia Clínica Única	Estado y condición de salud
<b>Valoración Funcional</b>	Índice de Katz modificado Lawton y Brody modificada	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) <sup>3</sup>
<b>Valoración Psíquica- Cognitiva</b>	MMSE modificado Déficit cognitivo Pfeiffer	Complementa evaluación estado cognitivo
<b>Valoración Nutricional</b>	Mini nutricional Assessment MNA. Índice de masa corporal Medidas antropométricas	Estado nutricional Tendencias del estado Nutricional
<b>Valoración Social</b>	Guijón, versión abreviada y modificada	Situación socioeconómica y familiar

**Anexo 3.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora del proyecto de tesis, **ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA**, previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, solicito muy comedidamente se sirva responder el siguiente cuestionario, reiterando que la información proporcionada por usted es totalmente confidencial, así mismo los resultados obtenidos de esta investigación servirán para emprender en el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la desnutrición del adulto mayor.

**1.- FACTORES DEMOGRAFICOS.**

1.1 EDAD: ( )

1.2 SEXO: ( )

1.3 NIVEL DE EDUCACION: Básica ( ) Secundaria ( ) Superior ( ) Ninguna ( )

1.4 ESTADO CIVIL: Casado ( ) Soltero ( ) Viudo ( )

1.5 DEPENDENCIA ECONÓMICA: Sueldo de jubilación ( ) Ayuda de su familiar ( ) BDH. ( ) Ninguno. ( )

1.6 CONVIVENCIA: Solo ( ) Familia ( ) Esposo ( )

**2.- ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN LOS ADULTOS MAYORES**

3.1 Escala de estilo de vida

AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Modificado Por: Lic. Enf. Raquel Díaz Ceclén, Lic. Enf. Elena Reyna Marquez, Lic. Enf. Rocio Delgado Zavaleta (2008)

N ITEMS	DIMENSIONES	CRITERIOS			
	ALIMENTACIÓN	N	V	F	S
01	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida.				
02	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.				
03	Consumo de 4 a 8 vasos de agua al día.				
04	Incluye entre comidas el consumo de frutas.				
05	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.				
06	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO	N	V	F	S

07	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana				
08	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo				
	<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>				
09	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida				
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.				
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación				
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.				
	<b>APOYO INTERPERSONAL</b>				
13	Se relaciona con los demás				
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás				
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas				
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.				
	<b>AUTOREALIZACION</b>				
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.				
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza				
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal				
	<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>				
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica				
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud				
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.				
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud				
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud				
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas				

*Tomado de Pardo Robles, Y. M. y Rodríguez Núñez, Y. (2014).*

### 3. ANTROPOMETRIA

#### 3.1.- FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO

PESO	TALLA	IMC
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Muy bajo peso	16.00 a 16.99:
Bajo peso	17.00 a 18.99
Normal	19.00 a 24.99
Sobre peso	25.00 a 29.99
Obesidad I	30,00 a 34.99
Obesidad II	35.00 a 39.99
Obesidad III	40.00 a 44.99

**Anexo 4****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, María Esther Serrano Serrano, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo respetuosamente a usted para expresarle un cordial saludo y solicitarle comedidamente su consentimiento para ejecutar el desarrollo del siguiente cuestionario sobre el tema el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad Machala.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Cédula:

.....  
Firma.

Gracias por su colaboración.

**Anexo 5**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA: ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR  
DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA**

**EVIDENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO**

**Realizando la encuesta al adulto mayor.**



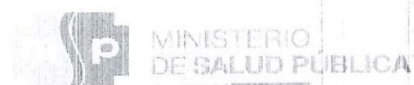
**Valoración de la talla**





## Anexo 6

## Certificado de autorización de realizar el proyecto



Coordinación Zonal 7 de Salud  
Dirección Distrital 07D02 Machala -- Salud  
Vigilancia Epidemiológica

Machala 7 de Diciembre de 2017

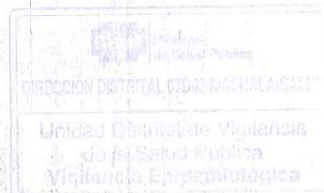
Sra.  
Lcda. Luz Maria Bravo  
RESPONSABLE DE CS Venezuela  
Ciudad

Mediante el presente informo a usted que se ha autorizado para que la Srta. Maria Esther Serrano Serrano alumna de la carrera de Enfermería de la Universidad Loja periodo 2017 – 2018 realice la investigación del Proyecto previo la obtención del título de Licenciada en Enfermería cuyo tema es: “ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA”. La información recolectada será confidencial y usada únicamente con fines estadísticos y académicos

Por la favorable acogida se extiende mis sinceros agradecimientos

Dr. Robinson Jaramillo Ochoa.  
MEDICO VIGILANCIA  
MACHALA  
CI 0702317397

EPIDEMIOLOGICA DISTRITO



**Anexo 7****Certificado de traducción de resumen**

Lcda. Tanya Jhulissa León Puga

**DOCENTE DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA PARTICULAR  
SIMÓN BOLÍVAR**

A petición verbal. -

Certifica

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada "ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA" escrita por parte de la señorita María Esther Serrano Serrano con numero de cedula 1106017666, egresada de la carrera de enfermería perteneciente a la facultad de Salud Humana de la universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que sus intereses convenga

Loja, 28 de mayo de 2018



---

Lcda. Tanya León-P.  
1150128195  
**English Teacher**

**Anexo 8**

**PROYECTO DE TESIS**

**a. TEMA**

**Estilo de vida y Estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad de Machala.**

## **b. PROBLEMATIZACIÓN**

El estilo de vida es la forma de vida de las personas en forma individual o de grupos. La mayoría de los autores define a los estilos de vida como un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud y puede estar en situación de riesgo para la enfermedad; es decir, posee repercusiones importantes para la salud. Por ende, 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 (Pardo Robles & Rodríguez Núñez, 2014)

En los estratos sociales de adultos mayores el deterioro del estado nutricional afecta de forma negativa el mantenimiento de la funcionalidad (física y/o cognitiva), la sensación de bienestar y en general la calidad de vida; aumentando la morbilidad y mortalidad por enfermedades agudas y crónicas, incrementando la utilización de los servicios de salud, la estancia hospitalaria y el costo de la atención de la salud. (Darwin & Silvia, 2014)

En relación con la alimentación, los problemas de salud en la población, por la mala alimentación, crecen de manera imparable en la mayoría de los países del mundo. El desorden alimenticio comprende desde los primeros años de vida, hasta la edad adulta, donde se provoca de forma considerable un desbalance nutricional, con mayor tendencia a alimentarse de forma incorrecta, abusar de las comidas chatarras y dejar de lado los alimentos saludables, todo esto acompañado de una vida sedentaria, lo que implica llegar a la vejez con problemas de salud. Para los adultos mayores la nutrición es un factor crítico, ya que repercute tanto en la salud física como en la emocional. La falta de información adecuada sobre la correcta nutrición en familiares o personas relacionadas con el adulto mayor da origen a una mala alimentación que no permite encontrar una pronta solución. (González, 2015, p. 8).

En Pueblo Joven la Unión, Chimbote, en el año 2014 se efectuó un estudio para determinar el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor se pudo evidenciar que la mayoría de los adultos mayores tiene estilo de vida no saludable, prevaleciendo el estado nutricional normal (37,4%) del total, siendo del mayor respecto al estado nutricional alterado el sobrepeso normal (26,8%), inmediatamente se encuentra delgadez normal

(24%) y en última instancia la obesidad normal (8,2%) del total. Los no muestran prueba chi cuadrada porque una categoría del estilo de vida tiene un porcentaje pequeño los adultos mayores en su totalidad presentan un estilo de vida no saludable y un mínimo porcentaje estilo de vida saludable; sin embargo se observan cifras altas de estado nutricional normal lo que hace pensar que existen otros factores que participan e influyen en su estado nutricional. (Pardo Robles & Rodríguez Núñez, 2014)

Tempestti y Alfaro (2015, p. 137) realizó un estudio sobre el “estilo de vida y estado nutricional de adulto mayores de la provincia Salta se evaluaron 465 adultos, 70,8% mujeres, 29,2% varones. Estado civil: predominaron las personas solteras (54,2%) y el nivel educativo medio (49,9%). El 66% manifestó realizar alguna actividad laboral rentada. El 51% presentó estilos de vida “bueno”, 25% “excelente”, 17% “regular” 5% “malo”, 0,2% “muy malo”. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 30,6 y 20,0% con diferencias significativas según sexo. La relación estilos de vida y estado nutricional mostró predominio de las categorías “regular” y “malo” entre las personas con sobrepeso, obesidad. Las personas mostraron valores de IMC más elevados; excelente: 24,64%, regular: 27,83%; muy malo: 31,14%. Este estudio demuestra que existe una asociación significativa de orden negativo entre sobrepeso/obesidad y estilos de vida. Es recomendable fomentar conductas saludables como una manera de impactar positivamente en la disminución de la prevalencia de factores de riesgo asociados al estado nutricional.

En el Ecuador, el derecho a la alimentación se encuentra previsto en el Plan del Buen Vivir, ya que el Objetivo 3 contempla mejorar la calidad de vida de la población que empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales. La Constitución, en el artículo 66, establece, el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición. Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art.12). (Senplades, 2013-2017)

Este tema de acuerdo a la línea de investigación del Ministerio de Salud Pública se encuentra en el área 3 Nutricionales en la línea obesidad y sobrepeso y en la sublínea Conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (personal de salud, pacientes y sociedad). Educación y comunicación comorbilidades y obesidad. En la Línea de investigación de la

carrera se encuentra en la línea dos que es la alimentación y nutrición en la población de Loja y de la región sur del país.

Los estilos de vida, asociados al estado nutricional en los adultos mayores, es un problema que se encuentra presente en todos los ámbitos sociales, convirtiéndose en un tema que merece ser estudiado para buscar soluciones en beneficio de este estrato poblacional. Por lo expuesto se plantean las siguientes interrogantes de investigación:

¿Cuál es el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad de Machala?

### **c. JUSTIFICACIÓN**

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época y el aumento de los índices de enfermedades crónicas degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable. (MIES, Agenda de Igualdad para Adultos Mayores, 2012-2013) En la actualidad la población adulta mayor va aumentando cada vez más y un aspecto muy importante que se debe tomar en cuenta en el envejecimiento es el estado nutricional que se afectado por los malos hábitos de esta forma aumenta los riesgos de malnutrición, desnutrición, sobrepeso obesidad, también no practican estilos de vida saludables y como consecuencia hay problemas de salud, que conlleva a de enfermedades crónicas degenerativas que disminuyen la calidad de vida. Por lo tanto hay mayor demanda para los centros de salud, por lo que es necesario que la persona adulta mayor reciba una atención integral que les permite llevar su vejez de manera activa y saludable.

La presente investigación que busca identificar el estilo de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor y en base a los resultados brindar una atención integral a las personas de este grupo etéreo para así reducir problemas de salud. Para nosotros como futuros profesionales esta investigación será útil porque contribuirá con conocimientos acerca del estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor y desde una perspectiva educativa, preventiva, se fortalecerá dentro del equipo de salud, permitiendo implementar programas preventivos y promocionales.

#### **d. OBJETIVOS**

##### **Objetivo general:**

- Determinar la relación entre estilo de vida y estado nutricional en el adulto mayor del Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala.

##### **Objetivos específicos**

- Determinar los factores demográficos del adulto mayor del centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala.
- Identificar el estilo de vida que practica el adulto mayor.
- Valorar el estado nutricional del adulto mayor.
- Relacionar el estilo de vida y el estado nutricional del Adulto mayor.



## e. MARCO TEÓRICO

### 1. Adulto mayor

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 65 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor. La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 65 años de edad o más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento (Arauz, 2012).

La Constitución de la República del Ecuador (2008) expresa:

**Artículo 36.-** “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia”

**Artículo 37.-** “El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1.- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas”

**Artículo 38.-** “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas

En particular, el Estado tomará medidas de:

- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

- Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
- Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones.
- Atención preferente, en caso de todo tipo de emergencias y desastres.
- Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufren enfermedades crónicas y degenerativas.
- Adecuada asistencia económica y psicológica para que garantice su estabilidad física y mental” (Asamblea, 2008)

### **1.1. Normativa general geronto-geriátrica del Ministerio de Salud Pública.**

Todas las unidades operativas de los tres niveles de atención establecerán mecanismos que permitan el acceso a la asistencia continua, progresiva y gratuita a todas las personas adultas mayores.

El personal de salud brindará a toda persona adulta mayor trato humanizado, fomentará la funcionalidad física y la autonomía personal para prevenir complicaciones que pueden llevarla a la dependencia.

El personal de salud que atienda personas adultas mayores, llenará correctamente el formulario MSP-057 “Atención Adulto Mayor” de la historia clínica única en la primera consulta, independiente del motivo de la misma.

En el continuo asistencial y progresivo a las personas adultas mayores, el personal de salud tendrá la obligación de realizar la valoración geriátrica integral, previa cita programada en el nivel ambulatorio y como parte de la atención en internación.

El personal de salud que atienda a personas adultas mayores incluirá y explicará a la familia la condición del adulto mayor, su participación en el proceso continuo asistencial y progresivo y garantizará el ejercicio de los derechos de salud intercultural y el desarrollo para el pleno ejercicio del “buen vivir”.

En todas las unidades operativas, se aplicará los estándares e indicadores de calidad (Anexo 1) para monitorear y evaluar el proceso de implementación de las normas y mejorar el desempeño del personal de salud.

### **Valoración geriátrica Integral.**

Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la optima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.

Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor.

La valoración geriátrica integral, comprende la valoración clínica y de laboratorio (primera consulta), funcional, cognitiva, nutricional y social, cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente. (Dr. Álvarez Yáñez, Pazmiño Figueroa, Dra. Villalobos, & Dr. Villacís, 2010)

## **2. Envejecimiento**

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano (Alvarado y Salazar, 2014).

Envejecer se define como un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social; es decir, es el resultado acumulado de todos los cambios que se presentan desde el nacimiento hasta la muerte (Cardona, et al 2012, citado por Gómez de la Torre, 2016, p. 14).

Por su parte, la OMS propone como el indicador más representativo para este grupo poblacional el estado de independencia funcional, y dice que: “un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” (OMS, 2010, citado por González, 2011, p. 13).

## **2.1. Características del Envejecimiento.**

### **Universal**

El envejecimiento afecta a todos los seres vivos y constituye la etapa final de su ciclo vital. En general, cuanto más evolucionada es una persona, más prolonga su longevidad y en consecuencia, el proceso de envejecimiento se muestra más florido.

### **Determinado-regulado (intrínseca)**

Existen dos aspectos fundamentales en el envejecimiento. En primer lugar, la base genética que determina gran parte de este proceso y por otro el efecto regulador que el ambiente puede ejercer sobre esta base genética. La información de los genes determina de una forma importante la habilidad de las células para combatir determinadas moléculas nocivas que se producen en su interior. Por otra parte, el ambiente entendido como nutrición, ejercicio, etc., sabemos que modula de una forma importante la expresión determinada genéticamente.

### **Progresiva**

Es un proceso en el cual es difícil determinar su punto de inicio, pero, una vez establecido ocurre de forma progresiva, aunque su cinética es variable cada individuo. Así, veremos especies en las cuales el envejecimiento tiene lugar de forma rápida mientras que, en otras, el envejecimiento ocupa un espacio temporal dilatado de la vida del animal.

### **Supresora**

Como consecuencia del envejecimiento se van perdiendo capacidades que, en última instancia, conducen a un fallo generalizado de la actividad. De forma concomitante al paso de los años, nuestros organismos acumulan alteraciones a nivel molecular, celular, tisular y sistémico que van dificultando la capacidad de adaptación a las variaciones del medio interno y externo.

### **Irreversible**

El envejecimiento es continuo, sin límites.

### **Específico (individual)**

Cada persona envejece de una forma diferente a las demás. Esto establece que el envejecimiento es específico para cada individuo.

Esta característica hace que esta etapa del ciclo vital esté acompañada de las siguientes consecuencias: Un incremento de la mortalidad a medida que progresa la edad, cambios bioquímicos en la composición de los tejidos del organismo, progresiva reducción de la capacidad funcional de los órganos, disminución de la capacidad de las respuestas de adaptación, incremento de la susceptibilidad y vulnerabilidad a las enfermedades. (Licona, 2013)

### **2.2. Cambios anatómicos y fisiológicos durante el envejecimiento**

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples, y su análisis completo pudiera terminar en una lista interminable. Por esta razón, elegimos centrarnos en cinco sistemas específicos, cuyos cambios asociados al envejecimiento nos parecen de alta relevancia, tanto por la elevada prevalencia de sus alteraciones, como por las consecuencias funcionales que ellas tienen. (Felipe Salech, 2012)

### **2.3. Alteraciones en los adultos mayores**

La Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), citada por Alba y Mantilla, (2014, p. 9), señala los siguientes cambios físicos y bioquímicos en los adultos mayores:

- Después de los 60 años disminuye el número de papilas gustativas y aumenta la pérdida progresiva del olfato, lo que dificulta la degustación de los sabores y el disfrute de los alimentos.
- Aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y alteraciones neurológicas, disminuyen la capacidad sensitiva (gusto, olfato, tacto).
- Los problemas orales no tratados, pobre higiene oral y nasal, y el fumar, disminuyen también la capacidad sensitiva.

- Se presenta una disminución de la fuerza de la lengua y de los músculos de las mejillas que disminuyen la producción de saliva, causan dificultad para deglutir e incluso puede ser peligroso por el riesgo aumentado de atragantamiento.
- Se producen alteraciones en la mucosa, músculos y glándulas intestinales, dejándolo inhabilitado para resistir daños como el cáncer, úlceras e infecciones.
- Después de los 50 disminuye la producción de ácido clorhídrico (aclorhidria), lo que disminuye la absorción de vitamina B12.
- Disminuye la peristalsis (movimiento fisiológico del tubo digestivo) y la elasticidad del músculo intestinal, lo que condiciona a sufrir estreñimiento, flatulencia, dolor abdominal y constipación.
- Disminuye el ritmo cardiaco, las paredes arteriales y la respuesta al estímulo de los beta-adrenérgicos. Aumenta la masa muscular del ventrículo izquierdo y disminuye la relajación ventricular.
- El cerebro pierde 5 – 10 % de su peso entre los 20 y los 90 años, debido a la pérdida neuronal y patologías sin diagnóstico.
- Los surcos neuronales pueden verse ensanchados, disminuye la superficie cerebral e incrementa el número de plaquetas. Estas condiciones pueden afectar el funcionamiento cerebral.
- Disminución de la capacidad para formar tejido óseo. Disminuye la eficacia para absorber los minerales de los alimentos, como por ejemplo el calcio. El organismo compensa las deficiencias nutricias de minerales, utilizando las que están en los huesos, lo que causa una disminución de la densidad ósea y la “reducción” de la estatura. (Darwin & Silvia, 2014)

#### **2.4. Envejecimiento Saludable**

El término Envejecimiento Saludable a menudo se lo utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables. Esta distinción es problemática en la vejez debido a que muchas personas presentan una o más afecciones que están bien controladas y tienen poca influencia en su capacidad de funcionamiento. Por lo tanto, al plantear la meta de una estrategia de salud pública sobre el envejecimiento, la OMS considera el Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales. En este informe se define el

Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida (OMS, 2015)

## **2.5. Consecuencias del envejecimiento**

Prácticamente todas las funciones fisiológicas pierden eficiencia. En general, podemos afirmar que se produce la pérdida de la capacidad para mantener estable el medio interno del individuo frente a las perturbaciones del entorno.

Un ejemplo de esto es la menor capacidad de las personas mayores para soportar temperaturas extremas, infecciones y situaciones de estrés en general.

Así pues, la fuerza y la elasticidad del sistema musculoesquelético se deterioran, y se produce un descenso de la filtración de los riñones, de la ventilación de los pulmones o del flujo sanguíneo máximo. Aparece un aumento de la intolerancia a la glucosa, así como una pérdida de visión, audición, memoria, coordinación motora y de otras funciones fisiológicas de importancia. La mayoría de los órganos vitales van a sufrir fenómenos de atrofia o degeneración (Albizanda & L, 2015)

## **3. Estilos de vida del adulto mayor**

Diversos autores aportan definiciones acerca de los estilos de vida en el adulto mayor, así León (2016, p. 9) cita a Zuluaga, quien define a los estilos de vida como “manifestaciones de dimensiones colectiva y social, determinados y modelados a su vez por el contexto social, económico y cultural”, mientras que la Organización Mundial de la Salud conceptúa al estilo de vida como un conjunto de patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada. Dicho

estilo de vida resulta de las interacciones entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en que viven las personas. Algunos estilos de vida incluyen patrones de comportamiento específicos que miden el bienestar del individuo actuando como factores de protección o de riesgo.

A pesar de no existir una definición unánime, la mayoría de los autores define a los estilos de vida como un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud y puede estar en situación de riesgo para la enfermedad; es decir, posee repercusiones importantes para la salud. (Pardo Robles & Rodríguez Núñez, 2014)

Según la Organización Panamericana de la salud (OPS), el término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamientos son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones (Lip, citado por Aguilar, 2014, p. 19).

### **3.1. Tipos de estilo de vida**

La mayoría de autores reconocen dos tipos: estilo de vida saludable y estilo de vida no saludable.

### **3.2. Estilo de vida saludable**

León (2016, p. 11), afirma que los estilos de vida saludables son definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas: respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, apropiada, temperatura, higiene corporal, peligros ambientales, comunicación, y espiritual del individuo.



Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, para lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables (Muñoz y Cribillero, mencionados por León, 2016, p. 12) son:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción, lo cual ayudara a entablar metas en el actuar de la vida.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la entidad, lo cual permitirá no caer en la depresión.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar, pudiendo así tener y brindar un ambiente armonioso en el ámbito familiar y social.
- Capacidad de auto cuidado, lo cual permite sentirse útiles con uno mismo y con la sociedad en sí.
- Salud y control de factores de riesgo como la obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, el mantenerse activo, ayuda a sentirse vivo, y el disfrutar de un descanso después de haber cumplido las metas del día hará sentir una satisfacción más gratificante.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social, el relacionarse con los seres queridos más cercanos, la familia y con las personas de su entorno desarrolla la parte humana social despejando la soledad.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros, lo cual ayudara, a la relajación y así también a relacionarse socialmente al mismo tiempo que se aprende cosas nuevas.

- Desarrollo de un estilo de vida minimizado de emociones negativas (controlar y evitar el estrés).
- Asistir al control médico periódicamente, es importante ya que en un control anual permite dar un mejor seguimiento del estado de salud. (Flores & Leon, 2016)

### **3.3. Estilo de vida no saludable**

Según Pardo y Núñez, los estilos de vida no saludables son “los comportamientos hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida”. Es el estilo de vida no saludable los que conllevan a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal. Entre estos tenemos:

- Mala alimentación, lo cual lleva a un deterioro físico mental.
- Deficiente estado higiénico, lo cual perjudica la salud y las relaciones interpersonales.
- Alteraciones del sueño, el no descansar las horas debidas, predispone a la persona a alteraciones nerviosas y así también a cambios de no poder desarrollar las actividades diarias adecuadamente.
- Baja actividad física, hace que la salud se deteriore y así también hace a la persona propensa al cansancio continuo, no pudiendo desarrollar actividades de su vida diaria.
- Consumo excesivo de cigarros y alcohol que dañan la salud de la persona.
- Exposición al estrés, debido a que el estrés conlleva a un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad.
- Tener malas relaciones interpersonales, el conocer a personas que no ayuda a crecer en la vida estancarán el desarrollo personal. (Darwin & Silvia, 2014; Pardo Robles & Rodríguez Núñez, 2014)

#### **4. Estado Nutricional**

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por los requerimientos y la ingesta; 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

Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La ingesta energética disminuye más aún en los adultos mayores a causa de incapacidades que limitan su actividad física. (Senayda Taco, 2015)

##### **4.1. Nutrición.**

El envejecimiento viene acompañado de cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional. Las deficiencias sensoriales, tales como un menor sentido del gusto o del olfato, o ambos, en muchos casos disminuyen el apetito. La mala salud bucodental o los problemas dentales pueden producir dificultad para masticar, inflamación de las encías y una dieta monótona de baja calidad, factores que aumentan el riesgo de desnutrición. Asimismo, puede que se vea afectada la secreción de ácido gástrico, lo que reduce la absorción de hierro y vitamina B12. Y la pérdida progresiva de visión y audición, así como la artrosis, en muchos casos limitan la movilidad y afectan la capacidad de las personas mayores para ir a comprar alimentos y preparar comidas. Junto con estos cambios fisiológicos, el envejecimiento también puede venir acompañado de profundos cambios psicosociales y ambientales, como el aislamiento, la soledad, la depresión y la falta de ingresos, lo que también puede tener efectos importantes en la dieta. Combinadas, estas tendencias aumentan el riesgo de desnutrición en la vejez, y a pesar de que las necesidades calóricas disminuyen con la edad, la necesidad de la mayoría de los nutrientes se mantiene relativamente sin cambios. La desnutrición en la edad avanzada interactúa con los cambios fundamentales relacionados con la edad descritos anteriormente, lo que a menudo se manifiesta en reducción de la masa muscular y ósea y mayor riesgo de fragilidad. La desnutrición también se ha asociado con deterioro de la función cognitiva, deterioro de la capacidad para cuidar de uno mismo y mayor riesgo de dependencia de cuidados (OMS, Envejecimiento Saludable, 2015)

#### **4.2.1. Valoración del estado nutricional**

En relación con la valoración del estado nutricional del adulto mayor, González (2011, p. 15) señala que la valoración nutricional geriátrica debe ser completa e integral enfatizando que se deben recopilar datos relacionados con la antropometría, sociales, hábitos alimentarios, farmacológicos, parámetros bioquímicos y aspectos psicológicos.

La alimentación juega un papel importante durante el ciclo de vida, ejerce cambios en diferentes funciones orgánicas que están relacionados con la selección y frecuencia de consumo de determinantes alimentos y bebidas.

Es básico conocer el estado nutricional de las personas mayores, los aspectos dietéticos, socioeconómicos, funcionales, mentales psicológicos y fisiológicas para el efecto es indispensable disponer de un equipo interdisciplinario que participe en la identificación etiológica de enfermedades.

#### **4.2.2. Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional del adulto mayor**

En la investigación sobre el estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra, Alba y Mantilla (2014, p. 11-12) manifiestan que aunque el mayor atractivo de la antropometría en la evaluación del estado nutricional es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria, las mediciones aisladas son de limitado valor. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en adultos mayores, considerando que la función y problema de salud asociados son aún materia de debate.

Por otra parte, agregan que las medidas antropométricas puede que no aporten una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral que ocurre con la edad. Incluso así, las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica, y por su sencillez son las más utilizadas.

Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el adulto mayor son: peso, talla, pliegues tricípital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y

caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, muy útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los adultos mayores. (2008, p. 28)

Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de Quetelet (peso kg/talla m<sup>2</sup>) o índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

### **4.3. Antropometría**

Es el estudio de las proporciones del cuerpo humano por procedimientos métricos. Sirve de base en salud para establecer el diagnóstico nutricional, en el presente caso del adulto mayor.

Las medidas antropométricas utilizadas son: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, perímetro de cadera y perímetro de pantorrilla. Se registran en el formulario N° 057-2010 Atención Adulto Mayor de la Historia Clínica Única.

#### **4.3.1. Peso**

El peso es un indicador necesario pero no suficiente para medir composición corporal; sin embargo, 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 productores de discapacidad en el adulto mayor.

- **Medición de Peso**

Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos.

- **Equipo**

Báscula para adulto portátil, electrónica ó de plataforma con capacidad mínima de 150 Kg. y precisión de 100 a 200 g.

- **Método**

Instalación de la báscula.

Localice una superficie plana horizontal y firme para colocarla. No se coloque sobre alfombra ni tapetes.

Calibre la báscula antes de empezar el procedimiento.

- **Procedimiento**

La medición se realizará con la menor ropa posible y sin zapatos. Se pide al sujeto que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador.

Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados.

Si se emplea báscula de peso, se toma la lectura cuando el indicador de la báscula se encuentra completamente fijo.

#### **4.3.2. Talla.**

Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de “firmes”, se mide en centímetros (cm).

- **Equipo**

Balanza con tallímetro

Estadímetro

- **Procedimientos para la medición**

Informe al paciente las actividades que se van a realizar para que esté enterado y sea más fácil medirlo.

Informe a la familia o familiar, las actividades que se van a desarrollar para que estén tranquilos.

Indique al usuario que se quite el calzado, gorras, adornos y se suelte el cabello. Si es necesario, ayúdele.

Coloque a la persona debajo del estadímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida su cuerpo en dos hemisferios. Toma de talla con estadímetro

Verifique que los pies estén en posición correcta.

#### **4.3.3. Índice Masa Corporal.**

Este indicador es simple y útil y presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con masa magra.

El índice de masa corporal ideal para los ancianos no está definido. pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 kg/m<sup>2</sup>. 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 son claramente no recomendables. (Dr. Álvarez Yáñez, Pazmiño Figueroa, Dra. Villalobos, & Dr. Villacís, 2010)

#### **4.3.4. Sobrepeso y obesidad**

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades.

Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente: un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación. (OMS, Sobrepeso y Obesidad, 2017)

## f. METODOLOGÍA

### **Tipo de estudio:**

El presente trabajo investigativo es un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal ya que nos permitirá conocer el estilo de vida que practican los adultos mayores y su situación nutricional.

### **Área de estudio:**

El presente trabajo investigativo se lo realizara a los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud Venezuela ubicado la Parroquia 9 de Mayo, al sur de Machala, aproximadamente a un dos kilómetros del Distrito de Salud su extensión territorial corresponde aproximadamente a 200 kilómetros cuadrados. Limita al norte: Con el ex aéreo puerto Manuel Serrano al sur: Con las Camaroneras y el Estero de Puerto Pilo al este: Los Barrios El Bosque, Liliam María y el Canal de la Puentecita al oeste: Con los Barrios Héroes de Jambelí, Brisas del Mar y Camaronera.

### **Variables:**

Adulto mayor, estilos de vida, estado nutricional

### **Universo:**

El universo está constituido por 120 personas adultas mayores que reciben en el centro de Salud Venezuela, esta número nos da luego de haber realizado una revisión en estadística durante los últimos meses que asistieron mensualmente a consulta.

### **Criterios de inclusión:**

- Adulto mayor de 65 años que reciban atención en el centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala  
Adulto mayor de 65 años de ambos sexos.
- Adulto mayor de 65 años a más que otorgue su consentimiento informado para participar en el estudio.



### **Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores con problemas de comunicación.
- Adulto mayor que se nieguen a participar de la entrevista para la investigación.

### **Técnicas e instrumentos para recolección de datos**

La recolección de la información se realizará mediante la aplicación de técnicas de investigación como: la encuesta. la encuesta tipo test de escala de estilo de vida, elaborada por (Walker, Sechrist y Pender, modificado por Lic. Enf. Diaz R; Delgado R; y Reyna E (2008) tomada de Pardo Robles, Y. M. y Rodríguez Núñez, Y. (2014), misma que se aplicó de manera directa a los adultos mayores que se hacen atender en el centro de salud Venezuela, a fin de determinar el estilo de vida que practican; este instrumento estuvo conformado por un total de 25 ítems, y se consideró las siguientes dimensiones: alimentación, actividad - ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad de salud, se conforman sub escalas según numeración de preguntas:

1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> pregunta=Alimentación

7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> pregunta = Actividad y ejercicio

9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> pregunta = Manejo del estrés

13<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> pregunta =Apoyo interpersonal

17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> pregunta = Autorrealización

20<sup>a</sup>, 22<sup>a</sup>, 23<sup>a</sup>, 24<sup>a</sup>, 25<sup>a</sup> pregunta = Responsabilidad en salud

La calificación del instrumento se realizará aplicando los criterios cualitativos y cuantitativos: Nunca: N= 1; A veces: V = 2; Frecuentemente: F = 3 y Siempre: S = 4

El puntaje máximo del instrumento es 100 y el puntaje mínimo es 25: 75-100 puntos estilo de vida saludable; 25-74 puntos estilo de vida no saludable.

Se determinó el IMC a través de la tabla de valoración nutricional antropométrica; se midió el peso y la talla, y se clasifican en rangos como: muy bajo peso 16.00 a 16.99;

bajo peso 17.00 a 18.99; normal 19.00 a 24.99; sobrepeso 25.00 a 29.99; obesidad tipo I 30,00 a 34.99; obesidad tipo II 35.00 a 39.99; obesidad tipo III 40.00 a 44.99. (Anexo 3)

#### **Plan de tabulación y análisis:**

Para la tabulación y análisis se utilizará tablas simples de frecuencia de estadística descriptiva.

#### **Consideraciones Éticas.**

Esta investigación será, objetiva, respetando a los adultos mayores participantes se explicará detalladamente el motivo de la encuesta, los objetivos del estudio; previamente, se solicitará el consentimiento para que pueda responder el cuestionario con claridad de tal manera que la información tenga su absoluta confiabilidad. (Anexo 3)

## g. CRONOGRAMA

Fechas	sep-17	oct-17				nov-17				dic-17				ene-17				feb-17			
	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación del proyecto.																					
Solicitud de pertinencia.																					
Solicitud de asignación de director de tesis.																					
Construcción del marco teórico.																					
Recolección de datos.																					
Análisis e interpretación de datos.																					
Informe final del primer borrador de investigación.																					
Revisión de informe.																					
Presentación del informe final de tesis.																					

**Autora: Serrano, 2017**

**h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
<b>1</b>	Computador	800	800
<b>6</b>	Internet	20,00	20,00
<b>1</b>	Calculadora	20,00	20,00
<b>1</b>	Balanza	40,00	40,00
<b>1</b>	Cinta métrica	1,00	1,00
<b>1</b>	Papel	4,00	4,00
<b>300</b>	Fotocopias de instrumento	0,02	6,00
<b>5</b>	Impresiones	10,00	50,00
<b>4</b>	Empastes	20,00	80,00
<b>6</b>	Transporte	2,00	12,00
<b>3</b>	Alimentación	2,50	7,50
<b>TOTAL</b>		1041,50	

## i. BIBLIOGRAFÍA

- Albizanda, P., & L, R. (2015). *Tratado de Medicina Geriatrica*. Elsevier.
- Arauz, A. (03 de Abril de 2012). *Psicologia del Adulto mayor*. Obtenido de Blogspot.com: <http://psadultomayor.blogspot.com/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>
- Asamblea, N. (2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador*. Obtenido de [http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal\\_a/base\\_legal/A.\\_Constitucion\\_republica\\_ecuador\\_2008constitucion.pdf](http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf)
- Darwin, A., & Silvia, M. (2014). *ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO PASIVO DELA POLICIA*. Obtenido de tesis de pregrado : <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3499/1/06%20NUT%20145%20TESIS.pdf>
- Dr. Álvarez Yáñez, P., Pazmiño Figueroa, L., Dra. Villalobos, A., & Dr. Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de atencion integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito: Mgs. Fausto Segovia Baus.
- Felipe Salech, R. J. (2012). *Cambios fisiologicos asociados al envejecimiento*. Obtenido de [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf)
- Flores, I., & Leon, I. (2016). *estilo de vida del adulto mayor que asisten al centro gerontologico de yanzatza*. Obtenido de tesis de grado: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/12625>
- Licon, G. (2013). *Caracteristicas del envejecimiento*. Obtenido de envejecimiento: <http://adulto-mayorcito.blogspot.com/2013/03/caracteristicas-del-envejecimiento.html>
- MIES. (2012-2013). Agenda de Igualdad para Adultos Mayores. *Adultos Mayores*, [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf).
- OMS. (2015). *Envejecimiento Saludable*. Ginebra- Suiza: 20 Avenue Appia.
- OMS. (2017). Obtenido de Sobrepeso y Obesidad: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Pardo Robles, Y., & Rodríguez Núñez, Y. (2014). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. *In Cres. Vol. 5 N° 1*, <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/220/123>.

- Senayda Taco, R. V. (2015). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del distrito Polaya. *Tesis pregrado Universidad Nacional de San Agustín*, <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/379/M-21587.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Senplades. (2013-2017). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>
- Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002)
- Baute, R. 2012. *Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional del adulto mayor* (Tesis de pregrado, Universidad Abierta Interamericana, Roldán, Argentina). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111948.pdf>
- González Orellana, S. I. (2015). *Alimentación saludable del adulto mayor en el Centro de Salud Boca de Caña, del cantón Samborondón 2014 - 2015. Propuesta: diseño y elaboración de una campaña publicitaria impresa para fomentar la alimentación saludable en el adulto mayor*. (Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil, Ecuador). Recuperado de <file:///C:/Users/user/Desktop/TESIS%20ALIMENTACION%20SALUDABLE%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>
- González Pineda, M. E. (2013). *Fomento de estilos de vida saludables en los adultos mayores de la parroquia Nambacola, cantón Gonzanamá en el periodo comprendido desde agosto 2011 a marzo 2012* (Tesis de maestría, Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador). Recuperado de [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6869/3/UTPL\\_Gonzalez\\_Pineda\\_Mariana\\_Elizabeth\\_1130833.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6869/3/UTPL_Gonzalez_Pineda_Mariana_Elizabeth_1130833.pdf)  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23498/1/TESIS.pdf>

## j. ANEXOS



## ANEXO 1

**PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y**  
**LOS ADULTOS MAYORES**

Valoración geriátrica integral	Escalas	Evaluación
Tamizaje rápido	Formulario correspondiente	Determina las condiciones Geriátricas
Valoración Clínica y de Laboratorio	Formularios específicos de la Historia Clínica Única	Estado y condición de salud
Valoración Funcional	Índice de Katz modificado Lawton y Brody modificada	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) <sup>3</sup>
Valoración Psíquica- Cognitiva	MMSE modificado Déficit cognitivo Pfeiffer	Complementa evaluación estado cognitivo
Valoración Nutricional	Mini nutricional Assessment MNA. Índice de masa corporal Medidas antropométricas	Estado nutricional Tendencias del estado Nutricional
Valoración Social	Guijón, versión abreviada y modificada	Situación socioeconómica y familiar

## ANEXO 2



## OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCIONES	INDICADOR	ESCALA
<b>Adulto mayor</b>	Es la etapa en la que se encuentra el grupo al que pertenecen las personas mayores de 65 años es una época de la vida enmarcada en la experiencia y la sabiduría.	Factores Demográficas	Edad	65 a 69 70 a 74 75A 79 80 y mas
			Sexo	Masculino Femenino.
			Nivel de educación	Básica Secundaria Superior Ninguna
			Estado civil	Casado Soltero Viudo
			Dependencia económica	Sueldo de jubilación. Ayuda de su familiar. BDH. Ninguno.
			Convivencia	Solo (a) Familia Esposo (a)
<b>Estilos de vida en el adulto mayor.</b>	Es un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad	Alimentación	Numero de comidas	-Come tres veces al día: desayuno almuerzo y merienda. -Come cinco veces al día: desayuno entremañana, almuerzo, entretarde merienda. - Desayuno y almuerzo
			Tipo de alimentos	-Consumo alimentos balanceados como vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos. -No consume
			Cantidad de Liquido	<b>Adecuado</b> Igual o mayor a 4-8 vasos. <b>Inadecuado.</b> Menor 4 a 8 vasos



			Consumo frutas	Si No
			Consume comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos	Nunca Veces Frecuentemente Siempre.
			Consume comidas empaquetadas, enlatadas.	Nunca Veces Frecuentemente Siempre.
		Actividad Física.	Ejercicio	-20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana. -30 minuto diarios. - No realiza
			Actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	-Todos los días. -Una vez por semana -No realiza
		Manejo del estrés	Situaciones que le causen tensión o preocupación	-Si -No
			Expresa sentimientos de tensión o preocupación	-Si -No
			Plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	Nunca Veces Frecuentemente Siempre.
			Cuando se estresado que actividad realiza	-Toma una siesta, -Piensa, -Sale a pasear. -Realiza ejercicios de respiración. -Ninguna.
			Como es la relación con los demás con los demás.	-Buena. -Mala -Regular
			Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	-Nunca -Veces -Frecuentemente -Siempre.
			Comenta sus deseos e inquietudes con los demás	-Si -No
		Apoyo interpersonal	Enfrenta situaciones difíciles.	Si No

		Autorrealización	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado en su vida	-Si -No																
			Satisfacción con las actividades que actualmente realiza	-Si -No																
			Actividades que fomentan su desarrollo personal	Nunca A veces Frecuentemente Siempre																
		Responsabilidad en Salud.	Control médico en un centro de salud.	Una vez por año. Dos veces por año. Cada mes. No se realiza																
			Presencia de molestias a donde acude	Al centro de salud. Al hospital Centro particular.																
			Automedicación.	Nunca A veces Frecuentemente Siempre																
			Practica de recomendaciones que le brinda el personal de salud.	Nunca A veces Frecuentemente Siempre																
			Actividades que fomentan su salud	Si. No																
			Consume sustancias nocivas:	Cigarro Alcohol Drogas Ninguna																
<b>Valoración del estado Nutricional del adulto mayor</b>	Es el resultado del balance entre sus requerimientos y la alimentación que recibe diariamente el adulto mayor que tiene lugar después del ingreso de nutrientes y se valora a través de parámetros como son el peso y la talla.	Antropometría:	IMC Talla. Peso.	<table border="1"> <tr> <td>Muy bajo peso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bajo peso</td> <td>16.00 a 16.99:</td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td>17.00 a 18.99</td> </tr> <tr> <td>Sobre peso</td> <td>19.00 a 24.99</td> </tr> <tr> <td>Obesidad I</td> <td>25.00 a 29.99</td> </tr> <tr> <td>Obesidad II</td> <td>30.00 a 34.99</td> </tr> <tr> <td>Obesidad III</td> <td>35.00 a 39.99</td> </tr> <tr> <td></td> <td>40.00 a 44.99</td> </tr> </table>	Muy bajo peso		Bajo peso	16.00 a 16.99:	Normal	17.00 a 18.99	Sobre peso	19.00 a 24.99	Obesidad I	25.00 a 29.99	Obesidad II	30.00 a 34.99	Obesidad III	35.00 a 39.99		40.00 a 44.99
Muy bajo peso																				
Bajo peso	16.00 a 16.99:																			
Normal	17.00 a 18.99																			
Sobre peso	19.00 a 24.99																			
Obesidad I	25.00 a 29.99																			
Obesidad II	30.00 a 34.99																			
Obesidad III	35.00 a 39.99																			
	40.00 a 44.99																			
			Circunferencia de la cintura cadera	Mayor de 1 para hombres y mayor de 0,85 para mujeres.																

## ANEXO 3



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora del proyecto de tesis, **ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA**, previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, solicito muy comedidamente se sirva responder el siguiente cuestionario, reiterando que la información proporcionada por usted es totalmente confidencial, así mismo los resultados obtenidos de esta investigación servirán para emprender en el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la desnutrición del adulto mayor.

**1.- FACTORES DEMOGRAFICOS.**

1.1 EDAD: ( )

1.2 SEXO: ( )

1.3 NIVEL DE EDUCACION: Básica ( ) Secundaria ( ) Superior ( ) Ninguna ( )

1.4 ESTADO CIVIL: Casado ( ) Soltero ( ) Viudo ( )

1.5 DEPENDENCIA ECONÓMICA: Sueldo de jubilación ( ) Ayuda de su familiar ( ) BDH. ( ) Ninguno. ( )

1.6 CONVIVENCIA: Solo ( ) Familia ( ) Esposo ( )

**2.- ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN LOS ADULTOS MAYORES**

3.1 Escala de estilo de vida

AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Modificado Por: Lic. Enf. Raquel Díaz Ceclén, Lic. Enf. Elena Reyna Marquez, Lic. Enf. Rocio Delgado Zavaleta (2008)

N ITEMS	DIMENSIONES	CRITERIOS			
	ALIMENTACIÓN	N	V	F	S
01	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida.				
02	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.				
03	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.				
04	Incluye entre comidas el consumo de frutas.				
05	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.				
06	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO	N	V	F	S
07	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana				

08	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo				
<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>					
09	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida				
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.				
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación				
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.				
<b>APOYO INTERPERSONAL</b>					
13	Se relaciona con los demás				
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás				
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas				
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.				
<b>AUTOREALIZACION</b>					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.				
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza				
1	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal				
<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica				
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud				
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.				
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud				
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud				
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas				

*Tomado de Pardo Robles, Y. M. y Rodríguez Núñez, Y. (2014).*

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NUNCA: N = 1 A VECES:

V= 2 FRECUENTEMENTE:

F= 3 SIEMPRE:

S = 40 en el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos

75 a 100: Puntos saludables 25 a 74: Puntos no saludable

### 3. ANTROPOMETRIA

#### 3.1.- FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO

PESO	TALLA	IMC
1		

Muy bajo peso	16.00 a 16.99:
Bajo peso	17.00 a 18.99
Normal	19.00 a 24.99
Sobre peso	25.00 a 29.99
Obesidad I	30,00 a 34.99
Obesidad II	35.00 a 39.99
Obesidad III	40.00 a 44.99

**ANEXO 4****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, María Esther Serrano Serrano, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo respetuosamente a usted para expresarle un cordial saludo y solicitarle comedidamente su consentimiento para ejecutar el desarrollo del siguiente cuestionario sobre el tema el estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad Machala.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Cédula:

.....  
Firma.

**Gracias por su colaboración**