



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor
del Centro Gerontológico Hogar San José

Trabajo de Integración Curricular
previa a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Eufemia Elizabeth Solano Chamba

DIRECTOR:

Mg. Bertila Maruja Tandazo Agila

Loja-Ecuador

2022

Certificación del trabajo de integración curricular

Loja, 28 de octubre de 2022

Mg. Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila

DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de Integración Curricular titulado: **Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor del Centro Gerontológico Hogar San José**, de autoría de la estudiante Eufemia Elizabeth Solano Chamba, previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto se encuentra culminado y aprobado, para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Firma:



BERTILA MARUJA
TANDAZO AGILA

Nombre: Mg. Bertila Maruja Tandazo Agila

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, Eufemia Elizabeth Solano Chamba, declaro ser autor del presente trabajo de integración curricular o titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de integración curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

CI: 1150558193

Fecha: 8-11-2022

Correo electrónico: eufemia.solano@unl.edu.ec

Teléfono: 0939758472

Carta de Autorización

Yo, Eufemia Elizabeth Solano Chamba, declaro ser la autora del trabajo de Integración Curricular titulado **Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor del Centro Gerontológico Hogar San José**, como requisito para optar el título de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del presente trabajo de integración curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 8 días del mes de noviembre del 2022.

Autora: Eufemia Elizabeth Solano Chamba

Cédula: 1150558193

Dirección: Av. Turunuma y Calle la Habana

Correo electrónico: eufemia.solano@unl.edu.ec

Celular: 0939758472

Directora del trabajo de integración curricular: Mg. Bertila Maruja Tandazo Agila

Tribunal de Grado

Mg. Denny Ayora (Presidenta)

Mg. Diana Vuele (Vocal)

Mg. Mariela Idrovo (Vocal)

Dedicatoria

La presente investigación la dedico con mucho amor, a mi mamá y a mis hermanos por ser el pilar fundamental en el desempeño de mi carrera.

A mis amigas/os y compañeras del curso con quienes compartí muchas experiencias y aprendizajes, en nuestro recorrido por las áreas de salud.

Finalmente, quiero dedicar a cada uno de mis docentes, por brindar sus enseñanzas, compartir sus anécdotas, acompañarnos en nuestro aprendizaje y por formar parte de nuestras actividades académicas

Eufemia Elizabeth Solano Chamba

Agradecimiento

Agradezco a la honorable Universidad Nacional de Loja, por darme la oportunidad de prepararme en esta hermosa carrera como lo es enfermería, por darme apertura a un mundo de posibilidades y conocimientos impartidos por cada uno de los docentes.

A mi docente de titulación, por ser una persona muy profesional y humana, por siempre estar abierta ante mis dudas, presta a escuchar y a ayudar, apoyando a la construcción de este trabajo.

A mi tutora de tesis por su apoyo, seguimiento y revisión en el desarrollo de este trabajo investigativo.

También, agradezco a la directora del Centro Gerontológico Hogar San José, por darme la oportunidad de poder realizar mi trabajo de investigación en tan apreciado Centro que dirige.

Y finalmente agradezco a todos mis docentes que me han brindado sus conocimientos, motivación, apoyo y acompañamiento en el transcurso de la carrera, para que pueda crecer como persona y profesional.

Eufemia Elizabeth Solano Chamba

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación del trabajo de integración curricular.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de Tablas	viii
Índice de Anexos.....	viii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	6
5. Metodología	20
6. Resultados	22
7. Discusión.....	26
8. Conclusiones	27
9. Recomendaciones.....	28
10. Bibliografía.....	29
11. Anexos.....	35

Índice de Tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas de los adultos mayores.....	22
Tabla 2 Factores Psicosociales en los adultos mayores	23
Tabla 3 Índice de masa corporal en los adultos mayores	24
Tabla 4 Factores psicosociales y la relación con el estado nutricional de los adultos mayores	25

Índice de Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	35
Anexo2. Consentimiento informado	38
Anexo 3. Certificado de pertinencia proyecto de Integración Curricular	40
Anexo 4. Designación del director del trabajo de integración curricular	41
Anexo 5. Certificado de Traducción del Abstract.....	42
Anexo 6. Autorización para la recolección de datos.....	43

1. Título

Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor del Centro Gerontológico
Hogar San José.

2. Resumen

Los factores psicosociales como depresión, convivencia familiar, hábitos nocivos influyen en el riesgo de desnutrición en el adulto mayor ya que es frágil y requiere de cuidado para mantener un buen estilo de vida. El presente estudio tuvo como objetivo relacionar los factores psicosociales con la nutrición de los adultos mayores en el Centro Gerontológico Hogar San José, se trató de un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, el universo estuvo conformado por 49 adultos mayores, se empleó como técnica la entrevista personal y como instrumento un cuestionario validado por Sanango 2017, los resultados obtenidos mostraron que el 77.6% están en la cuarta edad, el 51% son mujeres, el 59.2% no poseen instrucción educativa y el 69.4% son solteros; entre los factores psicosociales se encontró que el 51% no reciben visitas familiares, el 21 % posee disfunción familiar leve y severa, el 100% no posee ningún estado depresivo, el 63% no realiza ningún tipo de actividad física, el 100% no consume tabaco ni alcohol y en cuanto al índice de masa corporal el 67.3% tiene delgadez. Finalmente, no se encontró relación entre los factores psicosociales con la nutrición del adulto mayor. En conclusión, a pesar de no haberse encontrado relación de los factores psicosociales con la nutrición, se evidenció que en los adultos mayores en estado de delgadez la mayoría no realiza actividad física y no recibe visita familiar lo cual llevaría conformar un factor de riesgo para la desnutrición.

Palabras Clave: Anciano frágil, estado nutricional, estado emocional, interacción familiar.

2.1 Abstract

Psychosocial factors such as depression, family coexistence, harmful habits influence the risk of malnutrition in the elderly because it is fragile and requires care to maintain a good lifestyle. The aim of this study was to relate psychosocial factors with the nutrition of older adults in the Gerontological Center Hogar San José, it was a descriptive, quantitative, cross-sectional study, the universe was made up of 49 older adults. The personal interview was used as a technique and as an instrument a questionnaire validated by Sanango 2017, the results showed that 77.6% are in the fourth age, 51% are women, 59.2% do not have educational instruction and 69.4% are single; among psychosocial factors it was found that 51% do not receive family visits, 21% have mild and severe family dysfunction, 100% do not have any depressive state, 63% do not perform any physical activity, 100% do not use tobacco or alcohol and as for body mass index 67.3% have thinness. Finally, no relationship was found between psychosocial factors and the nutrition of the elderly. In conclusion, although psychosocial factors were not related to nutrition, it was evidenced that in older adults in a state of thinness, most of them do not perform physical activity and do not receive family visits which would be a risk factor for malnutrition.

Keywords: Fragile elderly, nutritional status, emotional state, family interaction.

3. Introducción

Los factores psicosociales son características de las condiciones que afectan a la salud, organizacional, social, económico o personal, con la que se relaciona un individuo y que pueden afectar positiva o negativamente su salud, bienestar, desempeño personal y colectivo (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016).

Durante el proceso de envejecimiento, el estado nutricional puede verse afectado, provocando enfermedades con déficit nutricional, tomándose en cuenta la importancia de la nutrición porque, mediante esto, el organismo obtiene los recursos nutricionales necesarios para poder cumplir diariamente con las funciones vitales (Macias et al., 2011).

En el adulto mayor, la condición de salud enfermedad está condicionada por el estilo de vida que haya tenido a lo largo de su vida, destacándose la dieta como modificador del estado nutricional, también influyen de manera mucho más importante las variaciones individuales respecto al estado de salud, cambios fisiológicos, psicológicos y la actividad física (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

Según estadísticas encaminadas con el estado nutricional, la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015) menciona que, en muchos países se han realizado investigaciones a pacientes mayores, en diferentes instituciones como: hospitalización, residencias y programas de asistencia domiciliaria; evidenciándose niveles altos de desnutrición que han aumentado de un 15% al 60%; la cual se corrobora con otras investigaciones, como la realizada en la región española de Cantabria, donde se comprueba el aumento de desnutrición y riesgo del mismo, enfatizándose que este depende del lugar del encuentro con el anciano, un 22,3% personas en residencia, 14.2% personas que acudían a consulta y solo el 3,3% de personas que habitaban en su domicilio; Jiménez (como se citó en (Castañeda et al., 2018).

En Latinoamérica un estudio realizado en Argentina por Lofrano J, 2013 identificó que la prevalencia de riesgo nutricional alcanzó el 23.3% y el 10% se encontraban malnutridos, mostrando similitud con la investigación realizada en el mismo país por Muñoz, 2018 donde estableció una prevalencia de desnutrición con un 21.2% y riesgo de esta en un 40.1% (Pacurucu et al., 2019).

A nivel Nacional, un estudio realizado en la ciudad de Cuenca revela que: el 21% de pacientes presentan desnutrición, a diferencia de un 66% presenta riesgo de desnutrición y solo el 13% de los pacientes se encuentra en un buen estado nutricional (Encalada et al., 2018).

En cuanto a investigaciones de los factores psicosociales que afectan al estado nutricional del adulto mayor se ha realizado varios estudios destacándose los siguientes:

A nivel mundial la malnutrición y obesidad se ha considerado como epidemia del siglo XXI, en el 2016 estas cifras aumentaron un 24% de hombres y 25% de mujeres con obesidad, mientras que un 13% de hombres y mujeres están desnutridos, siendo el problema de malnutrición más destacado en adultos mayores asociados a factores socioeconómicos y biológicos, como lo es el aislamiento, demencia, depresión, enfermedades crónicas y consumo de medicamentos (Castillo et al., 2018).

En Latinoamérica una investigación realizada en el estado mexicano de Zacatecas evidencia que, la depresión moderada se presentó cuando existía riesgo de desnutrición, en donde los factores de índole social detonaron, destacándose: baja convivencia familiar y disminución de su apreciación familiar antes sus necesidades y opiniones; lo que conlleva a sentimientos de tristeza, pérdida, ira, frustración, baja confianza en ellos mismos y la interferencia en el afrontamiento de lo cotidiano (Castañeda et al., 2018).

A nivel nacional una investigación se ha efectuado en la ciudad de Manabí donde se determinó que los adultos mayores se encuentran en un estado de desnutrición crónica entre ellos: bajo peso, obesidad grado I, II y III; en cuanto a factores psicosociales se destacó la situación económica, alimentación inadecuada, poca valoración y la soledad (Cedeño, 2019).

Mientras que, en el ámbito local, se llevó a cabo una investigación en el cantón Celica, perteneciente a la ciudad de Loja donde se determinó que a pesar de que la mayor parte de la población de adultos mayores tiene un estado nutricional normal, el 92.3% presentan depresión establecida, el 7.7% muestran depresión leve; mientras que los participantes con riesgo de malnutrición presentan depresión leve en un 64.7% (Ramón, 2017).

Sin lugar a duda las investigaciones demuestran la relación de los factores psicosociales con el estado nutricional que generan afecciones en la salud, por lo tanto se vio la necesidad de realizar una investigación en el Centro Gerontológico Hogar San José de la ciudad de Cariamanga, con el objetivo general de relacionar los factores psicosociales con la nutrición de los adultos mayores del Centro Gerontológico Hogar San José y como objetivos específicos, identificar los factores psicosociales en los adultos mayores y determinar el estado nutricional de los mismos. Se planteó la siguiente hipótesis: Los factores psicosociales tienen relación con el estado nutricional de los adultos mayores.

Es importante mencionar que este estudio es de gran importancia ya que los factores psicosociales juegan un papel importante dentro del estado nutricional de los adultos mayores.

4. Marco teórico

4.1. Adulto Mayor

Según la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018) la terminología de adulto mayor hace referencia a cualquier persona ya sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años a pesar de que esta varía de acuerdo con distintas bibliografías. En los últimos años el porcentaje de población adulta mayor está en incremento, esperándose que para el 2050 el porcentaje de adultos mayores sea del 22% en todo el mundo considerándose una cifra alta con el 12% actual.

Este aumento de esperanza de vida se debe al mejoramiento de las condiciones de vida, avances médicos e intervenciones en la niñez que reducen la mortalidad infantil (Instituto Nacional de las personas adultas mayores [INAPAM], 2022).

La edad para poder considerar a una persona como adulto mayor es variable en cada país de acuerdo con el nivel de dependencia para desarrollar las actividades básicas en su vida diaria y el proceso de envejecimiento en la región en que convive (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]2018).

Por tal razón, la OMS considera como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años (Varela, 2016).

Mientras que, en el Ecuador, de acuerdo con el artículo 5 de la (Ley Orgánica de Las Personas Adultas Mayores, 2019)“considera a aquellos que han cumplido los 65 años de edad”.

4.1.1 Clasificación del adulto mayor

Con el pasar del tiempo el aumento de la longevidad en la población ha ido en acrecentamiento haciendo que la población y la esperanza de vida sean esperables. Ante esto en 1970 gerontólogos realizan una distinción entre ellos clasificándolos como: (viejos-jóvenes) y (viejos-viejos) (Oddone y Pochintesta, 2019).

4.1.1.1 Tercera edad

Se caracterizaría como un grupo autónomo e independiente, es la edad de la realización personal tiempo de descanso, es una etapa específica del proceso de envejecimiento que va desde los 60 a los 79 años (Solís, 2017).

4.1.1.2 Cuarta edad

Se caracteriza a las personas con enfermedad y dependencia, ya que a partir de los 80 años la acumulación de deterioro y patologías que se acrecientan (Guerra, 2019).

4.2 Envejecimiento

Se conoce como, un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque se da en todos los seres vivos; Progresivo por darse a lo largo del ciclo vital y ser inevitable; Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen en diferente celeridad; e Individual puesto que depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2010).

Además, la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015), menciona que, el envejecimiento va más allá de las pérdidas biológicas, porque, conlleva otros cambios importantes como: cambio de roles, posiciones sociales; y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas como: la de un ser querido, familiar y amigos (p.40)

Según (Iñaki et al., 2016), desde la perspectiva de las características biopsicosociales los ancianos pueden ser considerados como:

Anciano sano: cuando no padece ninguna enfermedad crónica, y no presenta problemática funcional, ni social.

Anciano enfermo: presenta una patología crónica sin ser anciano de riesgo, se incluyen también a afectados por enfermedades agudas.

Anciano en situación de riesgo: cuando presenta uno o más riesgos como: padecer patología crónica invalidante, estar confinado en su domicilio, vivir solo, tener más de 80-85 años, situación de pobreza, malnutrición, estar en aislamiento social o carecer de apoyo familiar, situación de duelo por pérdida de la pareja y tener una enfermedad en fase terminal. (pp.32-33).

4.2.1 Envejecimiento Fisiológico

Es aquel que le permite a la persona una buena adaptación al medio o entorno que le rodea.

En esta etapa se producen cambios, que se pueden expresar de la siguiente forma:

Pérdida total de determinadas funciones: en las mujeres capacidad reproductiva en la menopausia, pérdida de capacidad para percibir determinadas frecuencias acústicas.

Cambios funcionales secundarios estructurales: estos son más comunes y afectan de mayor o menor medida a todos los órganos sistemas entre ellos: pérdida de la función renal secundaria a la pérdida de nefronas, pérdida de células del nódulo sinusal, pérdida de la fuerza muscular que limita la movilidad.

Cambios observables no basales: en órganos de los sentidos, limitación en la visión cercana, en el oído disminuye la intensidad del sonido y se produce un entorno ruidoso.

Respuestas por exceso de función: aumento de la hormona antidiurética en respuesta a modificaciones en la osmolaridad (Gil, 2013).

El ritmo de pérdida y declive de funciones normales asociados con la edad varía con cada sistema orgánico, por ejemplo: el aparato digestivo se afecta menos que otros sistemas.

4.2.2 Envejecimiento Patológico

Según (Gil, 2013), son aquellos cambios producidos por enfermedades y que no consiguen una adaptación al entorno. Las enfermedades tampoco se comportan igual en cada sujeto y se caracterizan por: pluripatología o coexistencia de varias enfermedades en un mismo individuo que dificulta diagnóstico y tratamiento, cronicidad o prolongación de una enfermedad en el tiempo, incapacidad funcional y la presentación atípica o inespecífica de una enfermedad mediante síntomas inespecíficos o referido a otros órganos y sistemas.

4.3 Estado nutricional del adulto mayor.

El adulto mayor es considerado como uno de los grupos más vulnerables para llegar a sufrir problemas nutricionales ya que este comprende el resultado entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de estos, no obstante, cuando se presenta un desequilibrio entre consumo y gasto energético, este produce un deterioro de la condición nutricional y genera implicaciones en la salud del individuo (Castillo et al., 2018).

En adultos mayores, la malnutrición puede llevar a una mala calidad de vida y contribuye a mayor necesidad de atención, hospitalización y elevados costos en la salud; por lo que, mejorar la nutrición ayudaría a: reducir complicaciones y enfermedades, mejorar el estado funcional y calidad de vida, menos y más cortas hospitalizaciones y una vida independiente (Dahl, 2017, p. 2).

4.3.1 Valoración del estado nutricional

A pesar de tener una prevalencia elevada la desnutrición en el adulto mayor, esta se encuentra infradiagnosticada, por lo que se planea utilizar técnicas no invasivas para su detección una de ellas, es la valoración antropométrica, que tiene como fin objetivar la modificaciones físicas y metabólicas asociadas a la desnutrición (Camina et al., 2016).

4.3.1.1 Índice de Masa Corporal (IMC).

En el adulto mayor, el IMC es diferente del adulto joven, ya que al aumentar la masa grasa y disminuir la magra, precisa una cantidad mayor de reserva a fin de prevenir la desnutrición (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional [ACDI], 2014).

4.3.1.2 Técnica medidas antropométricas.

Para la obtención del peso y la talla, se utilizó la guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor redactado por (Aguilar et al., 2013).

4.3.1.2.1 Toma del peso

Procedimiento

1. Se debe ubicar en una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel.
2. Solicitar a la persona que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
3. Ajustar la balanza a cero antes de realizar la toma del peso.
4. Solicitar a la persona que se coloque en el centro de la balanza, con posición erguida y relajada, mirando al frente de la balanza, brazos al cotado del cuerpo, palmas descansando sobre los muslos y los talones ligeramente separado en forma de V.
5. Deslizar la pesa mayor correspondiente a kilogramos hacia la derecha, hasta que el extremo de las varillas no se mueva.
6. Deslizar la pesa menor que corresponde a los gramos hacia la derecha hasta que el extremo entre las varillas se mantenga en equilibrio.
7. Leer el peso en kilogramos y la fracción en gramos y descontar el peso de las prendas.
8. Registrar el peso obtenido en kilogramos (kg) con un decimal que corresponde a 100 gramos (ejemplo: 65,1kg)

(Aguilar et al., 2013).

4.3.1.2.2 Medición de la Talla.

Procedimiento

1. Verificar, ubicación y condiciones del tallímetro, verificar que la cinta métrica sea fácil de leer.
2. Explicar a la persona el procedimiento, de manera pausada, con paciencia y solicitarle su colaboración.
3. Hay que pedir que se quite los zapatos y accesorios de la cabeza que interfieran en su medición.
4. Indicar y ayudarle a colocarse en la base del tallímetro, en posición de espaldas, mirada al frente, palmas descansando sobre los muslos, talones juntos y puntas de los pies ligeramente separado.
5. Hay que asegurar que los talones, pantorrillas, nalgas, hombros, y parte posterior de la cabeza se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro.

6. Colocar la palma abierta de la mano izquierda sobre el mentón de la persona adulta mayor, con la finalidad de asegurar la posición correcta de la cabeza sobre el tallímetro.
7. Deslizar el tope móvil con la mano derecha hasta hacer contacto con la superficie superior de la cabeza, comprimiendo ligeramente el cabello; luego deslizar el tope móvil hacia arriba.
8. Leer la medida obtenida y registrarla en la historia clínica en centímetros con una aproximación de 0,1 cm.

(Aguilar et al., 2013)

4.3.1.3 Cálculo IMC.

El índice de masa corporal (IMC), consiste en la relación del peso en kilogramos (kg) y la talla en metros cuadrados (m²) y se utiliza la siguiente fórmula (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2010):

$$\text{Fórmula IMC} = \left(\frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2} \right)$$

La clasificación del Índice de Masa Corporal según la OMS (como se citó en (Aguilar et al., 2013) se debe interpretar como:

Delgadez (IMC ≤ 23,0), se considera una malnutrición por déficit, y se considera que se pueda asociar a diferentes problemas, tales como: sensoriales (disminución del sentido del gusto psíquicos (depresión, trastornos de memoria o confusión, manía, alcoholismo, tabaquismo), visión, auditivo), bucales (falta de piezas dentarias), físicos (movilidad, astenia), sociales (soledad, malos hábitos dietéticos, maltrato), digestivos (malabsorción), hipercatabólicas (cáncer, diabetes), entre otras.

Normal (IMC > 23 a < 28), se clasifica como valoración nutricional “normal”, además es el IMC que debe mantener la población adulta mayor.

Sobrepeso (IMC de ≥ 28 a < 32), esta es una malnutrición por exceso que se caracteriza por la ingesta elevada de calorías, escasa actividad física, hábitos alimentarios entre otros.

Obesidad (IMC ≥ 32), esta indica un mayor riesgo de que los adultos mayores sufran enfermedades como: cerebrovasculares, cáncer de mamas, diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependientes una malnutrición por exceso, pérdida de movilidad, reflujo gástrico, osteoartritis debido a una malnutrición por exceso.

4.3.2 Enfermedades comunes relacionadas con la alimentación del adulto mayor

La malnutrición abarca los problemas asociados a una alimentación deficiente o excesiva y de calidad nutricional inadecuada (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] et al., 2019, p.20) lo que especialmente en el adulto mayor lleva a un sinnúmero de enfermedades como:

4.3.2.1 Diabetes.

Según la (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2019), la diabetes mellitus o simplemente diabetes es una afección grave, de largo plazo o crónica, que sucede cuando en la persona los niveles de glucosa en sangre son altos, debido a que su cuerpo no puede producir insulina o es insuficiente, o cuando no puede utilizar la insulina que produce de manera eficaz. (p.18)

Sus principales categorías son: Tipo 1, tipo 2 y la diabetes mellitus gestacional (FID, 2019, p.17)

Las personas ancianas tienen más riesgo de desarrollar diabetes por el efecto combinado del aumento de la insulinoresistencia y la disminución de la función pancreática endócrina, por lo que se lo asocia en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el adulto mayor (Soengas y Landi, 2017).

En los adultos mayores, la diabetes puede presentarse de manera atípica, es decir que los signos no se presentan de acuerdo con lo establecido a la patología y puede manifestarse como incontinencia urinaria por hiperglucemia y poliuria, asociadas a neuropatía y alteraciones del comportamiento o cognitivas (Soengas y Landi, 2017, p.11).

La incidencia de diabetes aumenta con la edad, los ancianos pueden tener diabetes de larga evolución, diagnosticada durante la edad adulta o previamente, o diabetes incidental, que es aquella identificada luego de los 65 años, caracterizada por valores más bajos de Hemoglobina glicosilada (HbA1c) y menor requerimiento de insulino terapia que aquella de larga evolución (Soengas y Landi, 2017, p.11).

4.3.2.2 Hipertensión.

La (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019) mencionan que, la hipertensión es un principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular y producir la muerte, mencionándose como hipertensión a los valores de la presión arterial alta, igual o por encima de 140/90mmHg.

La hipertensión arterial en el adulto mayor es un factor de riesgo independiente para insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y, en general, daño de todos los órganos diana. En este grupo etario el de mayor prevalencia es la

hipertensión sistólica, la que aumenta marcadamente el riesgo de Accidente Cerebrovascular (ACV) e insuficiencia cardiaca (Berreta y Kociak, 2017).

4.3.2.3 Artrosis.

Esta es una enfermedad progresiva, degenerativa articular, que afecta a un 30% de la población adulta y es considerada como un proceso de desgaste del cartílago; en el anciano es más grave, más frecuente y debilitante (Alamo et al., 2018).

Según la OMS, esta es una patología que afecta la calidad de vida de la población y que para el 2020, más de 579 millones de personas en el mundo, la padecerán (Pan American League of Associations for Rheumatology [PANLAR], 2020).

4.3.2.4 Osteoporosis.

Se la define como una enfermedad esquelética en la que existe una pérdida de masa ósea con alteración de la microarquitectura y aumento del riesgo de fracturas, caracterizada por una resistencia ósea disminuida (Weitz et al., 2017).

En los adultos mayores, la osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente y es uno de los síndromes geriátricos más relevantes, se configura en relación con el eje de fragilidad ósea- riesgo de caída, el que se caracteriza por un deterioro de masa ósea conduciendo a un hueso frágil y un aumento del riesgo de fractura (Moro y Díaz, 2010).

4.3.2.5 Anemia.

Según la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011) menciona que: La anemia es un trastorno, en donde el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo y se debe tomar en cuenta que estas necesidades varían en función de la edad, sexo, altura a nivel del mar, tabaquismo, enfermedad, entre otras (p.1).

Se debe tomar en cuenta que, los pacientes a esta edad presentan un sinnúmero de comorbilidades, por lo que toman variedad de medicamentos y estas situaciones puede contribuir a la presencia de anemia, por lo que su etiología es difícil de determinar, en tal razón, debido a sus causas fisiopatológicas (Solano et al., 2020) las clasifica en:

Anemia por deficiencia nutricional. Debido a cambios en el estilo de vida, comorbilidades y el uso de distintos fármacos, lo que genera una disminución de consumo y absorción de hierro, cobalamina y ácido fólico.

Anemia por enfermedades crónicas y enfermedad renal crónica. En estas situaciones, el aumento del estado proinflamatorio produce la disminución de la vida de los eritrocitos, disminuye la reutilización del hierro, la inhibición de la eritropoyesis y la deficiencia de la eritropoyetina.

Anemias de origen desconocido. A pesar de completar los estudios generales y hematológico es el adulto mayor, no se logra realizar un diagnóstico, debido a que no cumplen algún criterio (Solano et al., 2020).

4.4 Factores psicosociales

Son aquellas características de las condiciones que afectan a la salud, organizacional, social, económico o personal, con la que se relaciona un individuo y que pueden afectar positiva o negativamente su salud, bienestar, desempeño personal y colectivo (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016).

Entre ellos están: relaciones sociales y satisfacción de las mismas; soledad; pérdida de seres queridos; valoración socio-familiar; actividad profesional; ejercicio físico; hábitos nocivos como: tabaco y alcohol; y actividad profesional (Montejano et al., 2014).

Según (Castillo et al., 2018) para la evaluación del estado nutricional existen muchos métodos objetivos y subjetivos, en el que se sobresalen exámenes clínicos, exploración de sistemas y órganos y medidas antropométricas. Pero también considera la existencia de cambios en el envejecimiento que inciden en el estado nutricional y alimentación del adulto mayor, como lo es el caso de los factores psicosociales, sobresaliendo la limitación de recursos, pobreza, estilos de vida, depresión, anorexias, aislamiento social e inadecuados hábitos alimentarios (p.361).

4.4.1 Factores Psicológicos en la nutrición.

A medida que las personas envejecen, experimentan dolor y pérdida, y las emociones negativas por el abandono de los miembros de la familia aumentan, los roles laborales disminuyen y comienzan las enfermedades que afectan el funcionamiento. En este sentido, las personas mayores experimentan sensaciones de desesperanza innecesarias y tienen baja autoestima, esto afecta negativamente el estado nutricional, poniendo a las personas mayores en riesgo de anorexia y desnutrición, debido al rechazo de los alimentos (Castañeda et al., 2018).

4.4.1.1 Estado Afectivo en el adulto mayor

Según (Hyver, 2017), en el adulto mayor es importante valorar el estado afectivo ya que con este se puede conocer sobre la energía, estado del ánimo, ansiedad, quejas, ideación de muerte entre otros, y para ello propone la Escala de Depresión de Yesavage con su versión corta de 15 ítems con el que se puede medir si el adulto mayor tiene o no depresión (p.45).

4.4.1.1.1 Depresión.

El aislamiento es un factor importante en la depresión de los adultos mayores, ya que puede causar depresión y esta puede tener un impacto negativo en la salud, porque que, agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades médicas y la discapacidad; disminuyendo la calidad de vida del mismo (Calderón, 2018).

Según Llacta (como se citó en Sanango, 2017) la depresión no representa solo tristeza, sino que es una alteración que genera en el adulto mayor, aptitud negativa tanto personal y social, pérdida del interés, sentimientos de culpabilidad e irritabilidad, perturbación del sueño y aislamiento (p.16) y según la

Según (Castañeda et al., 2018) , el envejecimiento en las personas genera sentimientos de desesperanza, baja autoestima e inutilidad; que impacta de manera negativa en el estado nutricional del adulto mayor y lo coloca en riesgo de padecer anorexia, desnutrición y rechazo de los alimentos, lo cual a su vez se refuerza por: el abandono familiar, disminución de roles familiares y la aparición de enfermedades (p.30).

4.4.1.1.1.1 Tipos de Depresión

Según el(Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH), 2017), existen varios tipos de depresión, los más comunes son.

Depresión grave o mayor: se considera a la sintomatología grave que interfiere en las actividades del adulto mayor como: concentrarse, trabajar, dormir, disfrutar de la vida diaria y comer

Depresión menor: en esta la sintomatología se diferencia de las demás porque esta dura poco tiempo (p.2).

4.4.1.1.2 Desesperanza.

Cuando todo el dolor les golpea, los adultos mayores pierden el interés por la vida, sus ideales, sueños y expectativas se declinan, provocando una pérdida de autoestima desencadenada por patrones de rechazo frente a alternativas que menoren su sintomatología (Castañeda et al., 2018) .

4.4.1.1.3 Miedo.

El miedo al dolor se debe principalmente a las expectativas, no al dolor en sí, este se da, debido al miedo a las limitaciones y la disfunción que tendrá en el futuro, lo que le conduce a un aumento de los comportamientos negativos, lo que conlleva a una ansiedad anticipada que afecta significativamente al estado del ánimo y la enfermedad (Castañeda et al., 2018, p.144).

4.4.1.1.4 Autoestima.

Según Vallejo (como se citó en Valdez, 2018) define a la autoestima como una apreciación positiva o negativa hacia uno mismo, ya sea afectiva o cognitiva que dependerá de las capacidades físicas, mentales y el aspecto externo del adulto mayor, el que va cambiando con el tiempo (p.26).

En el adulto mayor, la autoestima es clave, es conveniente, que la persona valore sus habilidades y características, permitiéndole un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico que afecte de manera positiva en su desarrollo diario (Valdez, 2018).

4.4.1.1.5 Sentimientos de Soledad.

Este es un estado que comúnmente aflige al ser humano, ante las pérdidas que se experimentan y afectan la calidad de vida y se agudiza especialmente en la etapa final, en consecuencia, disminuye la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece (López et al., 2019).

La situación del abandono que conlleva el estar solo en los adultos mayores puede conducir a un riesgo de malnutrición, que empeora el control de enfermedades cardiovasculares y diabetes, sin destacar el incremento de la obesidad por malos hábitos alimentarios y vida sedentaria (Sánchez, 2019).

4.4.2 Factores Sociales y la Nutrición.

En la mayoría de los países, los factores sociales y culturales tienen un impacto significativo en la dieta de las personas, cómo cocinan, sus hábitos alimenticios y sus preferencias alimentarias, sin embargo, también es cierto que algunas dietas tradicionales y tabú en algunas sociedades pueden contribuir a la desnutrición en algunas poblaciones (Latham, 2016).

4.4.2.1 Trabajo y Jubilación.

La jubilación significa el fin de la vida profesional con un rol social muy específico con actividades y hábitos productivos efectivos, en esta etapa cuando se da una serie de transformaciones personales, de las condiciones físicas, la participación en el mercado laboral, uso del tiempo libre, la autopercepción y la percepción que las demás personas tienen de ellos (Alpizar, 2015, p.18).

Por otro lado, existe un grupo de personas mayores que continúan ligados al mercado laboral a pesar de haber superado el límite establecido de la edad de jubilación, esto debido a la falta de ingresos y la debilidad en el sistema de pensiones (Weller, 2018).

4.4.2.2 Vivienda.

La (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015) en el informe mundial sobre el envejecimiento y salud menciona que:

Debido al deterioro de la capacidad en el adulto mayor a menudo se requiere que estas cambien de entorno para que sientan más seguros; se puede dar realizando adaptaciones en su vivienda o mudándolo a un entorno favorable; pero con frecuencia las personas mayores consideran que su hogar o comunidad en la que viven les permite mantener una sensación de conexión, seguridad, familiaridad y los relaciona con su identidad y autonomía (p.51).

Por tal razón la (OMS, 2015) fomenta, el envejecimiento en el lugar o comunidad en donde se ha vivido, con la posibilidad de que, las personas vivan en su propio hogar de manera cómoda, segura, independiente, sin importar la edad, ingresos y el nivel de capacidad física y mental para utilizar en un momento determinado (p.51).

4.4.2.3 Relación de pareja.

En el envejecimiento esta relación de pareja se consolida y hay un sentido de pertenencia mutuo en la pareja que los nutre emocionalmente e intensifica la calidad de sus relaciones, como son: los hijos, nietos, y amistades cercanas, también se destaca la importancia de la comunicación en donde se toman decisiones y se logra resolver los problemas, por último los aspectos como la confianza ante situaciones conflictivas y el perdón para poder mantener y darle continuidad a la relación (Nina, 2017).

En la adultez, la personas en su mayoría tienen pareja, en tanto tienen un compañero/a con el que han compartido toda su vida, han tenido hijos, nietos o por otro lado pueden tener una pareja más reciente con la que solo se comparte afecto e intimidad (Infante, 2016).

4.4.2.4 Relación Familiar.

Dentro de la sociedad, la familia es la unidad básica e importante para el desarrollo de la población y se desempeña como cuidador informal, que sume el rol de cuidadores de manera voluntaria y desinteresada, que no recibe remuneración económica. Las familias manifiestan que sienten la necesidad de retribuir los cuidados y el cariño que el adulto mayor les brindó durante sus etapas de desarrollo (Riveros, 2016).

4.4.2.4.1 Tipos de relaciones familiares.

Según Gerardo, (como citó en Laura, 2018), existen tres tipos de relaciones familiares que son:

Relaciones familiares afectivas: Existe una mayor disponibilidad de comprensión, confianza, responsabilidad compartida, en donde se establece una relación asertiva, comunicación adecuada y necesidades de la familia.

Relaciones familiares conflictivas: En ellas no existe una buena comunicación, sus relaciones son frías y tirantes, en ella sus miembros apenas se toleran y hay una poca relación entre ellos.

Relaciones familiares de indiferencia: Aquí se presenta un bajo compromiso de solidaridad y apoyo cuando existe la necesidad de algún integrante familiar, los integrantes de la familia se alejan y no se relacionan de manera adecuada (p.31).

4.5.2.4.2 Funcionalidad Familiar

Villalobos como se citó en (Aguirre et al., 2020) señala que una familia funcional es aquella en la que exista una armonía y con la distribución adecuada de roles en la familia, límites y reglas que satisfagan las necesidades de sus miembros y por el contrario la disfuncionalidad es lo contrario a la armonía en la familia (p.6).

4.4.2.5 Relación Social.

Según Duque, el hombre al ser un tanto social, constantemente establece relaciones con las personas de su entorno con el fin de asociarse, lograr resultados que de modo aislado le sería imposible concretar, esto le permite estar continuamente participando en diversas actividades y eventos colectivos (Yepez, 2018).

4.4.2.6 Actividad física.

La actividad física posee un papel preponderante como determinante de la calidad de vida ya que contribuye a un mejor desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria y, por ende, de la calidad de vida de los adultos mayores (Aranda, 2017).

Por lo que Organización mundial de la Salud como se citó por el (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012), recomienda que los adultos mayores:

- Deberían realizar un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa.
- En caso de que no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, deberían mantenerse activos hasta donde les sea posible y les permita su salud. Por ejemplo: paseos a pie o en bicicleta actividades ocupacionales (cuando la persona desempeña todavía una actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o

ejercicios programados, en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012).

4.4.2.7 Valoración Familiar

El Aspecto familiar es importante que sea valorado, porque esta relación con las personas que le rodean le permite sentirse satisfecho y tener una mejor calidad de vida, por lo que la OPS menciona que para valorar este ámbito se debe utilizar el Apgar familiar, a pesar de que existen muchos modelos para valorar el ámbito familiar y social se considera el mencionado anteriormente debido a su grado de validez y confidencialidad. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

4.4.2.7.1 Apgar Familiar.

Este es un instrumento útil que permite evidenciar la recepción de la persona en relación a su familia, sirve para poder identificar familias en las que hay conflictos y disfuncionalidad (Suarez y Alcalá, 2014).

Según (Suarez y Alcalá, 2014) este instrumento, evalúa cinco funciones básicas en la familia que son:

Adaptación: Capacidad de usar recursos extra e intrafamiliares que permitan resolver problemas cuando hay situaciones de estrés y crisis familiar.

Participación: es la incorporación de todos los miembros en la toma de decisiones responsabilidades.

Gradiente de Recursos: es el desarrollo emocional, auto realización y maduración física que se adquiere gracias al apoyo y asesoramiento familiar.

Afecto: esa la relación de aprecio que existe entre los miembros de la familia.

Recursos: es el compromiso y el compartir de tiempo, ingresos y espacios para atender las necesidades de los miembros de la familia (pp. 54,55).

Amigos: En la última modificación realizada por la Dra. Lilia Arias, se incluyó a los amigos realizándose dos preguntas, con el fin de poder identificar la existencia de amigos, a los que pueda acudir la persona en caso de que la familia viva lejos o exista disfuncionalidad (p.54).

4.4.3.1 Hábitos Nocivos.

Se considera hábito nocivo a las conductas e interacciones repetitivas que perjudican la salud a corto y largo plazo, dentro de ellas están las sustancias nocivas tales como: alcohol y tabaco (Latorre, 2011).

La (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011) menciona que, el alcohol y el tabaco pueden afectar al estado nutricional, ocasionando en ellos disminución importante del apetito y deterioro nutricional (p.98).

4.4.3.1.1 Consumo de alcohol.

Según la (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019), se considera consumo nocivo de alcohol cuando su consumo causa consecuencias que perjudican la salud del bebedor y para las personas que le rodean. Este incluye una ingesta elevada de alcohol diaria en episodios únicos o hasta la intoxicación y considera que uno de los riesgos al que se asocia claramente es a las enfermedades cardiovasculares (ECV), ya que con el consumo nocivo se lesiona el miocardio, aumenta el riesgo de ataque cerebrovascular y puede ocasionar arritmias cardíacas (p. 15).

En muchas ocasiones en los adultos mayores se confunde el consumo de alcohol con otros trastornos del envejecimiento como es el caso del equilibrio, ya que debida a su edad, ellos pueden sentirse drogados o eufóricos sin aumentar la cantidad de alcohol y esta puede ocasionarles accidentes e inclusive caídas y fracturas, como también puede empeorar condiciones de salud como: diabetes, osteoporosis, pérdida de memoria, presión arterial alta y trastornos del estado de ánimo (Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento (NIA), 2017).

4.4.3.1.2 Consumo de Tabaco.

El tabaquismo es nocivo para la salud, ya que repercute en el coste económico, morbimortalidad y calidad de vida de la personas y países; es la única sustancia legal que causa daño a todas las personas expuestas y genera la muerte de la mitad de sus consumidores (Vidal et al., 2020).

Según (Jara, 2015). El tabaquismo es una condición que produce daño crónico a las personas que consumen tabaco en exceso, ya que se genera una adicción a la nicotina. En el adulto mayor presenta un grave riesgo ya que puede ocasionar efectos nocivos como reducir su dependencia física, psíquica, problemas alimentarios y reduce su esperanza de vida.

5. Metodología

La presente investigación se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, mismo que se realizó en el Centro Gerontológico Hogar San José del cantón Calvas perteneciente a la provincia de Loja, la población de estudio estuvo conformada por 49 adultos mayores de ambos sexos que habitan en este centro.

Para la recolección de la información se empleó la técnica de entrevista personal, individual y estructurada; para lo cual se empleó un cuestionario formulado con preguntas dicotómicas, de opción múltiple y respuestas categorizadas de escala, con el que se evaluó los factores psicosociales como: depresión, hábitos nocivos, actividad física y funcionalidad familiar. El cuál fue utilizado en la investigación realizada por (Sanango, 2017) en la parroquia Cuchil.

Para evaluar los síntomas depresivos se utilizó el Test de Yesavage, versión adaptada al español que consta de 15 ítems, validada por (Gomez y Campo, 2011) En este test, se asigna un punto por cada respuesta y a la suma total de puntos obtenidos a los pacientes sobre su estado de ánimo, se valora como: **Normal** de 0-5 puntos, **Depresión Leve** de 6-9 puntos y **Depresión establecida** >10 puntos.

Para valorar los hábitos nocivos se utilizó tres ítems que son: consume tabaco, consume alcohol, no consume tabaco y no consume alcohol.

La actividad física se apreció con los ítems: No realiza, moderadamente activo y activo como se utilizó en la investigación realizada por (Montejano et al., 2014)

Para analizar la relación familiar se utilizó el test de APGAR familiar, mismo que fue validado por (Fuentes & Merino, 2016), consta de 7 preguntas, 5 que evalúan de manera individual 5 funciones básicas: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos y 2 preguntas que hacen referencia a los amigos, a quienes puede recurrir en caso de no mantener buena relación familiar (Suarez y Alcalá, 2014). Las respuestas se evaluaron en función de las personas que aún tenían familiares, que estén en contacto permanente o que hayan recibido visitas familiares por lo menos un mes antes de efectuar la investigación, con un puntaje de 0 a 4 puntos. En donde; **0:** es nunca, **1:** casi nunca, **2:** algunas veces, **3:** casi siempre y **4:** siempre. Se interpretará el porcentaje como: **Normal:** 17-20 puntos, **Disfunción leve:** 16-13 puntos, **Disfunción moderada:** 12-10 puntos y **Disfunción severa:** menor o igual a 9 puntos.

Para calcular el estado nutricional, se tomó y registró el peso corporal a los participantes con una báscula calibrada (peso en kg) y se midió su estatura con el uso de un tallímetro (estatura en cm), para con ello determinar el Índice de Masa Corporal (IMC).

Para tabular los resultados se utilizó el programa de Microsoft Excel, con el que se logró ordenar, clasificar y realizar tablas acordes a la información recolectada.

Para evidenciar si los factores psicológicos tienen relación con el estado nutricional de los adultos mayores se utilizó el programa de SPSS versión 22, empleando la prueba de chi cuadrado (X^2) esta es una prueba que forma parte de la estadística descriptiva utilizada para determinar la existencia de relación entre dos variables. Este estadístico cuenta con una distribución de 1 grado de libertad y un intervalo de confianza del 95%, considerándose resultados estadísticos a valores de $p < 0.05$.

Se realizó la interpretación tomando en cuenta lo siguiente:

Si el valor de $p \leq 0,05$ las variables tienen una asociación estadísticamente significativa por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 .

Si el valor de $p > 0,05$ no se puede concluir que las variables están asociadas por lo tanto se acepta la hipótesis nula H_0 .

Se solicitó la autorización del hogar para ingreso y toma de datos para efectuar el trabajo de investigación, luego se obtuvo el consentimiento informado (véase anexo 2) respetando así la autonomía de los adultos mayores y la información que se obtuvo se manejó de manera confidencial.

6. Resultados

Tabla 1
Características sociodemográficas de los adultos mayores

Características Sociodemográficas		f	%
Grupos de edad	Tercera edad	11	22.4
	Cuarta edad	38	77.6
Sexo	Hombre	24	49
	Mujer	25	51
Instrucción Educativa	Con Instrucción	20	40.8
	Sin Instrucción	29	59.2
Estado Civil	Soltero	34	69,4
	Casado	15	30,6

Tabla 2
Factores Psicosociales en los adultos mayores

	Indicador	f	%
Recibe visita familiar	Si	24	49
	No	25	51
Funcionalidad Familiar	Normal	19	79
	Disfunción leve	1	4
	Disfunción severa	4	17
Valoración del Estado Depresivo	Normal	49	100
Actividad Física	No realiza	31	63
	Moderadamente activo	11	23
	Activo	7	14
Hábitos Nocivos (Tabaco y Alcohol)	No consume	49	100

Tabla 3
Índice de masa corporal en los adultos mayores

IMC	f	%
Delgadez	33	67,3
Normal	16	32,7
Total	49	100

Tabla 4*Factores psicosociales y la relación con el estado nutricional de los adultos mayores*

		Estado Nutricional				X2: gl	P valor
		Delgadez		Normal			
Factores psicosociales		f	%	f	%		
Recibe visita familia	Si	15	31	9	18	1	0,50
	No	18	37	7	14		
Funcionalidad Familiar	Disfunción Familiar	3	13	1	4	1	0,32
	No disfunción Familiar	12	50	8	33		
Valoración del Estado depresivo	Normal	33	67	16	33	0	0
Actividad Física	Realiza	8	16	10	21	1	0,09
	No realiza	25	51	6	12		
Hábitos Nocivos (Tabaco y Alcohol)	No consume	33	67	16	33	0	0

7. Discusión

En la presente investigación se determinó que, entre los factores psicosociales analizados, el 51% no recibe visita familiar, un 21% tiene disfunción leve y severa; el 100% no posee ningún estado depresivo; el 63% no realiza ningún tipo de actividad física; el 100% no consume tabaco ni alcohol. La cuál difiere de otras investigaciones realizadas, como la realizada por (Riveros, 2015) donde el 74% tenía familias severamente disfuncionales, el 62% presentó depresión moderada y severa y el 16% no realizaba actividad física, y la realizada por (Sanango, 2017) donde el 71.3% tiene disfuncionalidad familiar y el 61.1% tienen depresión leve y severa. Los factores psicosociales juegan un papel importante dentro del proceso de envejecimiento, ya que ha medida que pasan los años el adulto mayor experimenta dolor, pérdida de sus seres queridos, emociones negativas por el abandono de los miembros de la familia y comienzan a agravarse las enfermedades, haciendo que se genere en el adulto mayor baja autoestima la cual afecta de manera negativa en el estado nutricional debido al rechazo de los alimentos provocando así riesgo de desnutrición.

Al apreciar el estado nutricional, se identificó que el 67.3% de ellos tiene delgadez, lo que se asemeja con la investigación realizada por (Castañeda et al., 2018), donde 73.3% de ellos tenía desnutrición; mientras que otra investigación realizada en Manabí por (Cedeño, 2019) menciona que, estos se encuentran en un estado crónico nutricional entre ellos bajo peso. Se considera que el adulto mayor es vulnerable para llegar a sufrir problemas nutricionales, entre ellos la delgadez que es una malnutrición causada por déficit y se asocia a problemas de movilidad, soledad, depresión, falta de piezas dentales, disminución de los sentidos sensoriales, entre otros.

Por último, al relacionar los factores psicosociales con el estado nutricional de los adultos mayores en la investigación realizada no se encontró relación; similar a otra a la realizada en Cuchil por (Sanango, 2017) donde tampoco se evidencia relación, a diferencia de la investigación realizada en Puno por (Valdez, 2018) donde se identificó dentro del factor psicológico un 45% presenta baja autoestima y en cuanto a factores sociales se determinó que a mayor edad la calidad tiende a ser mala y los demás factores no mostraron relación. Los factores psicosociales pueden afectar de manera positiva y negativa a la salud, bienestar, desempeño personal y colectivo con la que se relaciona al individuo, se debe tomar en cuenta que, la malnutrición o el riesgo de padecerla, varía según la autonomía y el lugar donde vive.

8. Conclusiones

- Entre los factores psicosociales identificados en la presente investigación se encontró que la mitad de la población no recibe visita familiar, menos de la mitad tienen una disfunción familiar leve y severa, más de la mitad no realizan ninguna actividad física sin embargo una cuarta parte de la población es moderadamente activo.
- En cuanto al estado nutricional se evidenció que más de la mitad de la población están en estado de delgadez el cual se puede asociar con: disminución de la movilidad, soledad y malos hábitos dietéticos que es muy común en las personas de avanzada edad.
- Finalmente, no se evidenció la relación entre los factores psicosociales con el estado nutricional.

9. Recomendaciones

- A la Universidad Nacional de Loja para que se sigan realizando investigaciones que permitan valorar el estado nutricional en los adultos mayores y determinar si existen factores que puedan asociarse.
- Al personal que labora en el Centro Gerontológico, realizar frecuentemente valoraciones integrales en el adulto mayor que vayan más allá del estado nutricional que le permitirá tener una visión global de lo que le afecta al adulto mayor y así puedan realizar actividades, programas, dietas y planificaciones individualizadas que ayuden a mejorar la calidad de vida y el estado nutricional de los mismos. Por otra parte, es fundamental a medida de lo posible involucrar a la familia para fortalecer las relaciones familiares, así evitar que ellos se sientan excluidos y abandonados ya que esto podría provocar que el adulto mayor se aíse, pierda el apetito y se enferme, generándose malnutrición y mala calidad de vida para el mismo.

10. Bibliografía

- Aguilar, L., Contreras, M., & del Canto, J. (2013). *Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor* (1.^a ed., Vol. 2). <https://cutt.ly/VNyA5e2>
- Aguirre, L. M., Pérez, D., & Garay, G. (2020). Funcionalidad Familiar y maltrato a los adultos mayores. *Revista Publicando*, 7(23), 3-13. <https://cutt.ly/GNyS28Q>
- Alamo, C., Cabezón, L., & Pérez, J. (2018). Dolor por artrosis en las personas mayores. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 57-59. <https://n9.cl/aahy8>
- Alpizar, I. (2015). Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. *Revista de La Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional*, 31(42), 15-26. <http://www.revistas.una.ac.cr/abra>
- Aranda, R. M. (2017). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. En *Revista Habanera De Ciencias Médicas* (Vol. 6, Issue 5, pp. 1-15). <https://n9.cl/dwvd7>
- Berreta, J., & Kociak, D. (2017, mayo 18). Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 31(2), 52-59. <https://n9.cl/dpjt4>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(1), 182-191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Camina, M., Silleras, B., & Malafarina, V. (2016). Nutritional status assessment in Geriatrics. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(1), 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.007>
- Castañeda, C., Acuña, A., Herrera, A. M., Martínez, R., & Castillo, I. (2018). Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad en el estado Mexicano. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 28(1), 28-43. <https://acortar.link/Ec5zxL>
- Castillo, J., Guerra, M., & Carbonell, A. (2018). Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 13(5), 360-366. <https://bit.ly/3yA3hNQ>
- Cedeño, M. (2019). Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor [Proyecto de investigación para obtener el título de Licenciada en Enfermería, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. En *Universidad Estatal del Sur de Manabí*. <https://bit.ly/3exaXcB>
- Chauca, S., Rubin, R., & Naya, M. (2014). *Guía alimentaria para el Adulto Mayor*. <https://bit.ly/3yB5AzV>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018). *Desarrollo Social* (S. Huenchuan, Ed.; 1.ª ed., Vol. 154). Copyright. <https://bit.ly/3elalXK>
- Dahl, W. (2017, febrero 19). *Malnutrición y los Adultos Mayores*. Food Science and Human Nutrition. <https://edis.ifas.ufl.edu/pdf/FS/FS18000.pdf>
- Danny, L., & Quintana, M. (2018). Relación entre el estado nutricional por antropometría y hábitos alimentarios con el rendimiento académico en adolescentes. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(6), 755-774. <https://bit.ly/3TgneKx>
- Encalada, L., Vásquez, C., & Toral, A. (2018, junio 10). *Desnutrición en el adulto mayor en Cuenca. Ecuador en el año 2017*. Revista Electrónica de Portales Médicos. <https://bit.ly/3VktMjZ>
- Federación Internacional de Diabetes [FID]. (2019). *Atlas de la Diabetes* (S. Karuranga, B. Malanda, P. Saeedi, & S. Paraskevi, Eds.; 9.ª ed.). Federación Internacional de Diabetes. <https://bit.ly/3TftA3x>
- Fortes, P. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador*. <http://www.iadb.org>
- Fuentes, A., & Merino, J. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 14, 247-283. <https://bit.ly/3yCfuBk>
- Gil, P. (2013). Envejecimiento fisiológico y patológico. En International Marketing y Comunicación [IMC] (Ed.), *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp. 19-27). <https://bit.ly/3Tfuj4L>
- Giraldo, N., Arturo, Y., & Idarraga, Y. (2017). Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 21(1), 39-48. <https://doi.org/10.14306/renhyd.21.1.288>
- Gómez, C., & Campo, A. (2011). Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS 5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universidad Psicológica*, 10(3), 735-744. <https://bit.ly/3ESVMpd>
- Guerra, P. (2019). El concepto de cuarta edad. *Congreso Nacional de Chile*, 1(2), 1-7. <https://bit.ly/3g4C932>
- Hyver, C. (2017, marzo 13). *Valoración geriátrica integral*. Regreso de Las Sendas Ya Visitadas. <https://bit.ly/3yAnJxO>

- Iñaki, M., Álvarez, M., & Benítez, M. (2016). *Atención de las personas mayores desde la Atención Primaria* (Vol. 08). <https://bit.ly/3s8N2nj>
- Infante, C. (2016, junio). *Calidad de Vida en la vejez. Relaciones Sociales*. Pontificia Universidad Católica de Chile. http://adultomayor.uc.cl/docs/relaciones_sociales.pdf
- Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH). (2017, enero). Las personas mayores y la depresión. *NIH Senior Health*, 1-6. <https://bit.ly/3Vp3yg4>
- Instituto Nacional de las personas adultas mayores (INAPAM). (2022). *Adulto Mayor guía tercera edad*. Canitas. <https://bit.ly/3Cuwrie>
- Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento (NIA). (2017, noviembre 1). *Datos factuales sobre el envejecimiento y el alcohol*. Alcohólicos Anónimos. <https://bit.ly/3rQtCTO>
- Jara, L. (2015, septiembre). *Tabaquismo en Adultos*. Observatorio Económico Social UNR. <https://observatorio.unr.edu.ar/tabaquismo-en-adultos/>
- Latham, M. (2016). Factores sociales y culturales en la nutrición. En *Nutrición humana en el Mundo en desarrollo* (FAO, Vol. 29, pp. 32-65). Food and Agriculture Organization of the United Nations [FAO]. <https://bit.ly/3eo8zF2>
- Latorre, L. (2011, octubre). *Hábitos nocivos para la salud*. Slide Share. <https://bit.ly/3euphmo>
- Laura, M. (2018). *Las relaciones familiares y su influencia en el abandono del adulto mayor, Azángaro- 2017* [Tesis previa para la obtención del Título de Licenciada en trabajo social, Universidad Nacional del Altiplano]. <https://bit.ly/3yzUyuT>
- Ley Orgánica de las personas adultas mayores, Pub. L. No. 484, Asamblea Nacional de la República del Ecuador 1 (2019). <https://bit.ly/3yA2sEE>
- López, A., Mora, L., & Ortega, C. (2019). *La soledad en el adulto mayor* [Proyecto de Investigación para el cuidado, Universidad Cooperativa de Colombia]. <https://bit.ly/3CTEYNp>
- Macias, M., Guerrero, T., Prado, F., Hernández, V., & Muñoz, A. (2011). Malnutrición. *Nueva Enfermería*, 3(7), 29-30. <https://doi.org/10.1016/b978-84-458-1567-0.50267-8>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de la salud de las y los adultos mayores*. <https://bit.ly/3SblfgB>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2012, marzo). Guías Alimentarias para Guatemala Recomendaciones para una alimentación saludable. *Organización Panamericana de Salud (PAHO)*, 1-57. <https://bit.ly/3CvN7WE>

- Montejano, R., Ferrer, R., Marín, G. C., Martínez, N., Quiles, A. S., & Ferrer, E. (2014). Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 858-869. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7829>
- Moro, M., & Díaz, M. (2010). Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mayores de 75 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(3), 141-149. <https://bit.ly/3emginf>
- Nina, R. (2017). Cuando las parejas envejecen: calidad de la relación marital. *Revista Kairós: Gerontología*, 20(4), 73-89. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p73-89>
- Oddone, M., & Pochintesta, P. (2019). *Desde la niñez a la vejez*. Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS). <https://bit.ly/3yAfTV0>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], Programa Mundial de Alimentos [WFP], & Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. FAO, OPS, WFP y UNICEF. <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2016). *La organización del trabajo y los riesgos psicosociales: una mirada de género*. <https://bit.ly/3RPPMQM>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://bit.ly/3EKbKS6>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018, febrero 5). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2011). *La salud de los adultos mayores una visión compartida* (M. Quintero, Ed.; 2.^a ed.). OPS. <https://bit.ly/3CSZayK>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud*. <https://bit.ly/3CtpXQX>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], & Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional [ACDI]. (2014). *Protocolo atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de la Salud*. <https://cutt.ly/PNyZYE9>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS], & Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Hipertensión*. Hearts En Las Américas. <https://cutt.ly/uNyZCXy>
- Pacurucu, N., Rodríguez, D., Puente, C., & Quito, J. (2019). Factores asociados a la desnutrición en grupo. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(6), 700-709. <https://cutt.ly/pNyZ6Dt>
- Pan American League of Associations for Rheumatology (PANLAR). (2020). *Miremos la Artrosis (Osteoartritis) con ojos de pacientes*. Organización PANLAR. <https://cutt.ly/gNyXd4l>
- Ramón, V. (2017). *Incidencia de depresión y su impacto en el estado nutricional en adultos mayores, en el Centro Programa Geriátrico del Cantón Celica durante el período febrero - julio 2016* [Tesis previo a la obtención del título en Medicina Familiar, Universidad Nacional de Loja]. <https://cutt.ly/eNyXbdh>
- Riveros, J. (2016). *Ambiente familiar para los centros de Idosos, Villavicencio, meta 2016*. Universidad de Los Llanos. <https://cutt.ly/VNyXAuE>
- Riveros, M. (2015). Valoración de factores biopsicosociales determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores en hogares de ancianos. *Facultad de Ciencias Médicas de Asunción*, 48(2), 17-31. <https://doi.org/10.18004/An.fcm/1816-8949.048.02.017-031>
- Sanango, G. (2017). *Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor de la parroquia Cuchil, Sigsig 2015* [Tesis previa a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27269/1/Tesis.pdf>
- Sánchez, M. (2019, mayo 16). *La soledad de los mayores, una 'epidemia' creciente*. Cuídate Plus. <https://cutt.ly/6NyCwAh>
- Soengas, N., & Landi, P. (2017). *Abordaje del adulto mayor con diabetes. Una mirada multidimensional*. <https://cutt.ly/kNyCfuE>
- Solano, L., Pabon, C., & Chuprine, K. (2020). Manejo de la anemia en el adulto mayor. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(3), 123-131. <https://doi.org/https://cutt.ly/zNyCTIt>
- Solís, C. (2017, diciembre 7). *Fenómeno en aumento: ¿qué es la cuarta edad?* Universidad San Sebastián. <https://cutt.ly/hNyCMyp>
- Suarez, M., & Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 55-57. <https://cutt.ly/bNyVe9S>

- Valdez, J. (2018). *Factores psicológicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor, Centro de Salud Cono sur I-4, San Román 2017* [Tesis previa a la obtención del Título de licenciada en Psicología, Universidad Nacional del Altiplano]. <https://cutt.ly/aNyBqP3>
- Varela, L. (2016, abril 1). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Vidal, C., Padilla, O., & Bambis, C. (2020). Tabaquismo en el adulto mayor: un freno al envejecimiento saludable en la población chilena. *Revista Médica Chile*, 148(1), 939-946. <https://cutt.ly/DNyBxbQ>
- Weitz, J., Cabezón, M., & Fuentealba, C. (2017). Osteoporosis. *Gastroenterología Latinoamericana*, 28(1), 16-24. <https://cutt.ly/rNyBIXM>
- Weller, J. (2018, diciembre 27). *La inserción laboral de las personas mayores en América Latina*. Comisión Económica Para América y El Caribe [CEPAL]. <https://cutt.ly/PNyBC7x>
- Yepez, G. (2018). *Influencias en las relaciones interpersonales de los usuarios en la participación de los programas en el centro del adulto mayor Guadalupe-Pacasmayo 2017* [Tesis Previo a la obtención del título profesional de licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Trujillo]. <https://cutt.ly/RNyB7lx>

11. Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

Proyecto: Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor del Centro Gerontológico Hogar San José.

Cuestionario de entrevista para evaluar los factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor del Centro Gerontológico Hogar San José

N° _____

Fecha: _____

Hora: _____

Entrevistado: _____

Introducción: La nutrición es un proceso de vital importancia en todos los ciclos de vida, ya que, mediante ello, el organismo obtiene los recursos nutricionales necesarios para poder cumplir diariamente con las funciones vitales, en el envejecimiento se puede producir una disminución o aumento del apetito, provocando deficiencias nutricionales, debido a factores multidimensionales que pueden inducir a problemas de salud que agravan los cuadros de morbimortalidad.

Objetivo: Relacionar los factores psicosociales asociados con la nutrición de los adultos mayores del Centro Gerontológico Hogar San José.

Indicaciones: A continuación, le voy a narrar algunas preguntas y necesito que usted me vaya respondiendo de acuerdo con lo que le voy preguntando

1. Características Sociodemográficas

1.1 Edad

Tercera edad _____

Cuarta edad _____

1.2 Sexo

Hombre _____

Mujer _____

1.3 Nivel de Instrucción

Con instrucción _____

Sin Instrucción _____

1.3 Estado Civil

Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____

2. Factores psicosociales

2.1 Factor Social:

2.1.1 Hábitos nocivos

¿Consumes usted alcohol? Consume _____ No consume _____

¿Consumes usted Tabaco? Consume _____ No consume _____

2.1.2 Actividad física

Realiza _____ No realiza _____

2.1.3 ¿En el último mes ha recibido visita familiar?

Si _____ No _____

2.1.4 Apgar Familiar

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, triste, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					

2.2 Factor psicológico: Depresión Geriátrica Test de Yesavage

Preguntas	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho de su vida?	No
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	Si
¿Siente que su vida está vacía?	Si
¿Se siente aburrido a menudo?	Si
¿Está de buen modo la mayor parte del tiempo?	No

¿Tiene miedo de que le suceda algo más?	Si
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	No
¿Se siente sin esperanza a menudo?	Si
¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	Si
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Si
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	No
¿Piensa que no vale para nada tal y como está ahora?	Si
¿Piensa que su situación es desesperada?	Si
¿Se siente lleno energía?	No
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si

3.Estado Nutricional

Nombre	Peso(kg)	Talla(cm)	IMC

Anexo2. Consentimiento informado



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

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación.

Título del Proyecto:

N° _____

Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor del Centro Gerontológico Hogar San José.

Estimada(o) señor y señora. Mi nombre es Eufemia Elizabeth Solano Chamba estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, y me encuentro realizando un estudio sobre los: “Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor del Centro Gerontológico Hogar San José”.

El objetivo del estudio es: Relacionar los factores psicosociales asociados con la nutrición de los adultos mayores del Centro Gerontológico Hogar San José.

La presente investigación, será de ayuda para el investigador y para el grupo de estudio, ya que mediante los resultados obtenidos se podrá conocer ¿Cuáles son los factores psicosociales que se relacionan con la nutrición del adulto mayor?

Por lo tanto, se realiza una cordial invitación a participar en la presente entrevista, en caso de que usted tenga una duda o una pregunta antes de contestar puede realizarla con total libertad.

Su participación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo y cualquiera que sea su decisión no lo afectará en ningún sentido, incluso puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

La entrevista que se aplicará para este estudio se la realizará una sola vez, esta será aplicada para las personas que han firmado el consentimiento informado y que por ende están aceptando participar. La duración de su participación será de aproximadamente 15 a 20 minutos.

AUTORIZACIÓN:

Estoy de acuerdo y acepto voluntariamente participar, ya que he comprendido perfectamente la información que se me ha brindado sobre las finalidades y objetivos del presente estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Fecha: _____

Huella Dactilar del participante

Firma del participante: _____



Caso especial

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

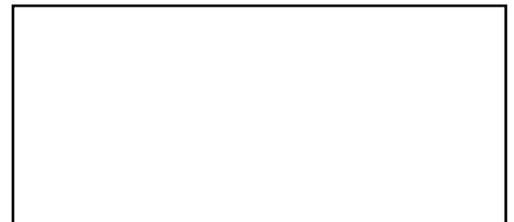
Huella

dactilar del participante

Nombre del testigo_____

Firma del testigo_____

Fecha_____



Anexo 3. Certificado de pertinencia proyecto de Integración Curricular

Loja, 28 de Junio 2021

Mg. Sc.
Denny Ayora Apolo. Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FSH-UNL.
Ciudad.

Con un cordial saludo me permito por medio del presente, informar que, luego de haber revisado el proyecto titulado **“FACTORES PSICOSOCIALES EN LA NUTRICIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO HOGAR SAN JOSÉ”**, de autoría de la Srta. **EUFEMIA ELIZABETH SOLANO CHAMBA**, el mismo corresponde a una temática que se enmarca en las líneas de investigación de Carrera, y cumple con la estructura señala en el Reglamento de Régimen Académico Institucional citado en el Art. 226 cuyo texto señala **“Estructura del proyecto de investigación.-** En su estructura, el proyecto o plan de investigación en la Universidad Nacional de Loja, contendrá al menos los siguientes elementos: 1. Título; 2. El problema de investigación; 3. Objetivos de la investigación; 4. Marco teórico; 5. Metodología; 6. Cronograma; 7. Presupuesto y financiamiento; 8. Bibliografía; 9. Anexos. Por lo tanto, considero salvo su mejor criterio que es pertinente, y puede continuar con su desarrollo y trámite administrativo.

Particular qué pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente.

DOLORES
MAGDALENA
VILLACIS COBOS

Firmado digitalmente por
DOLORES MAGDALENA VILLACIS
COBOS
Fecha: 2021.06.29 17:02:42 -0500

Mg. Sc. Magdalena Villacís Cobos
DOCENTE-ASESORA DEL PROYECTO

Anexo 4. Designación del director del trabajo de integración curricular



FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERÍA

Of N° 0053 (a)- DCE –FSH -UNL
Loja, 11 de enero de 2022

Lic. Bertila Tandazo Agila. Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL
Ciudad.

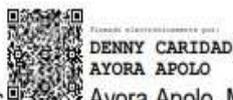
De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el **Art. 228** del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe favorable de **pertinencia** del Proyecto de Tesis titulado: **“FACTORES PSICOSOCIALES EN LA NUTRICIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO HOGAR SAN JOSÉ.”** de autoría de la Srta. **EUFEMIA ELIZABETH SOLANO CHAMBA** Me permito designarle **DIRECTORA DE TESIS** y autorizo su ejecución

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Lic. Denny Ayora Apolo. Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FSH-UNL.

C.c. Archivo
DAA/kiv

Anexo 5. Certificado de Traducción del Abstract

Loja, 25 de octubre de 2022

Mgtr. .

Edgar M. Castillo C.

**MAGÍSTER EN PEDAGOGÍA PARA LA ENSEÑANZA DEL IDIOMA INGLÉS
COMO LENGUA EXTRANJERA**

Certifica. -

Haber traducido de español a inglés el resumen del trabajo de integración curricular:
**Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor del centro Gerontológico Hogar
San José**, de la autoría de la estudiante Eufemia Elizabeth Solano Chamba, C.I.: 1150558193.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo la interesada hacer uso
del presente documento cuando lo considere conveniente.



Firmado digitalmente por:
**EDGAR MARIANO
CASTILLO CUESTA**

Edgar M. Castillo C.

EFL TEACHER

Nro. Reg. Senescyt: 1031-07-785748

Anexo 6. Autorización para la recolección de datos



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

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

Of N° 0318- DCE -FSH -UNL
Loja, 24 de junio de 2021

Hermana
Beatriz Patiño
DIRECTORA DELCENTRO GERONTOLÓGICO HOGAR SAN JOSÉ
Ciudad.

De mi consideración

Con un cordial y atento saludo, deseándole éxito en las importantes funciones asignadas, a su vez me permito solicitarle de la manera más comedida la autorización respectiva, a fin de que se brinde las facilidades correspondientes para que la estudiante del Internado Rotativo de la Carrera de Enfermería **Srta. Eufemia Elizabeth Solano Chamba**, pueda realizar el trabajo de investigación previo a la titulación, aplicando el instrumento de recolección de datos (ENTREVISTA) la que consiste en recolectar información de características sociodemográficas como: nombre, sexo, edad, nivel de instrucción y estado civil; peso, talla, Test de Yesavage y Apgar Familiar de los adultos mayores, en la institución que usted acertadamente dirige, cuyos resultados servirán para cumplir con los objetivos señalados en el Proyecto de Titulación denominado "**Factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor en los adultos mayores**"

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Problema de comunicación por:
**DENNY CARIDAD
AYORA APOLO**

Lic. Denny Ayora Apolo. Mg Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FSH-UNL

Cc Archivo

DAA/kiv

