

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN  
DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA GERONTOLOGÍA Y GERIÁTRICA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN  
DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

**Tutor(a):**  
Prof. Elda E. Henríquez H.

**Autora:**  
Lic. María Eugenia Lozada

Naguanagua, Julio de 2019



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA GERONTOLOGÍA Y GERIÁTRICA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN  
DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

**Autora:**

Lic. María Eugenia Lozada

Trabajo de Grado presentado ante la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para optar al Título de Magister en Gerontología y Geriatría.

Naguanagua, Julio de 2019

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	x
AGRADECIMIENTO .....	xi
ÍNDICE DE CUADROS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT .....	xv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA .....	3
1.1 Planteamiento del Problema .....	3
1.2 Objetivos de la Investigación .....	9
1.2.1 Objetivo General .....	9
1.2.2 Objetivos Específicos .....	10
1.3 Justificación de la Investigación .....	10
CAPÍTULO II	
MARCOTEÓRICO.....	12
2.1 Antecedentes de la Investigación .....	12
2.2 Bases Teóricas.....	17
Factores que influyen en la alimentación del adulto mayor.....	18
Régimen alimenticio.....	18
Hábitos alimenticios .....	18
Preparación .....	20
Cambios fisiológicos.....	21
Boca y el proceso de envejecimiento .....	22
Mucosa oral .....	23
Dientes completos.....	24
Edentula parcial o total y el uso de prótesis .....	26
Disminución del sentido del gusto .....	27

Disminución del sentido del olfato.....	28
Factor socioeconómico y la afectación del consumo de alimentos en el adulto mayor.....	28
Dependencia familiar.....	29
Compra de alimentos de la dieta diaria .....	30
Compra de alimentos de su preferencia .....	30
Participar en la compra de alimentos para la dieta diaria con la familia.....	30
Consume solo alimento que consume el grupo familiar .....	31
Consume solo alimentos que le proporcionan los amigos .....	31
Ayudas socioeconómicas .....	32
Pensiones .....	32
Jubilación.....	33
Estilo de vida saludable.....	33
Promoción de la salud .....	35
Cumplimiento de prescripciones terapéuticas.....	38
Educación para la Salud .....	38
Exámenes de laboratorio .....	39
Pruebas de laboratorio .....	39
Prevención y control de conductas adictivas.....	40
Consumo de alcohol .....	40
Consumo de tabaco .....	41
Actividad Física.....	43
Limpieza del hogar .....	44
Barrer .....	44
Limpieza de muebles, cocina y nevera.....	44
Cocinar .....	44
Seleccionar los alimentos .....	45
Forma de cocción de los alimentos .....	45
Preparar los alimentos .....	45
Jardinería .....	45

Limpieza del jardín.....	47
Regar las plantas.....	47
Plantar y Abonar.....	47
Teoría de Enfermería de Nola Pender "Modelo de Promoción de la Salud" .....	47
2.3 Bases Legales .....	48
2.4 Definición de Términos Básicos .....	51
2.5 SISTEMAS DE HIPOTESIS. ....	52
Hipótesis general: .....	52
Hipótesis específicas. ....	53
2.7 Operacionalización de Variables.....	53
CAPÍTULO III .....	60
MARCO METODOLÓGICO .....	60
3.1 Tipo de Investigación .....	60
3.2 Diseño.....	60
3.3 Población y Muestra.....	61
3.3.1 Población .....	61
3.3.2 Muestra .....	61
3.4 Criterios de inclusión: .....	61
3.4.1 Criterios de exclusión:.....	62
3.4.2 Consentimiento informado .....	62
3.4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos .....	62
3.5 Validez.....	64
3.5.1 Confiabilidad .....	64
3.6 Presentación de los Resultado .....	65
CAPÍTULO IV .....	67
4.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	67
CAPÍTULO V .....	97
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	97
5.1. Conclusiones .....	97
5.2. Recomendaciones.....	99

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXO A.....	107
CARTA DE VALIDACIÓN.....	107
ANEXO B.....	109
CONFIABILIDAD.....	109
ANEXO C.....	112
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	113
ANEXO D.....	114
INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	114

## **DEDICATORIA**

¡Gracias a ti mi Dios Todo Poderoso por lograr alcanzar una meta más en mi vida!

A mi madre amada pilar fundamental de lo que soy, por llevarme por el camino del bien, enseñarme la perseverancia constancia y dedicación.

¡A mi amado Esposo! Que ha estado junto a mí, su ayuda invaluable, incondicional durante mi carrera, a ti dedico esta meta ¡Te Amo!

A mis hijas, ya que son el motivo principal para seguir adelante y crecer profesionalmente, como ser humano, a ustedes dedico esta meta alcanzada, que les sirva de ejemplo para sus vidas. ¡Las Amo!

A la Familia Fleitas por brindarme su valioso apoyo y cariño para alcanzar esta meta.

A los adultos mayores que me brindaron su ayuda y apoyo en el ambulatorio El Cují que con su compañía y bondad me brindaron nuevas experiencias. A ustedes mis respetos.

**María Eugenia Lozada**

## AGRADECIMIENTO

A mi Dios por su infinito amor, por acompañarme y bendecirme todos los días de mi vida, por ser fuente inagotable de sabiduría en mi profesión.

Al personal docente de la Universidad de Carabobo, casa de estudio que me abrió sus puertas a la me une lazos emocionales y sentimentales, agradezco mi formación profesional.

A la Prof. Elda Henríquez quien con su sabiduría, sus excelentes orientaciones, paciencia, amor, humildad, y dedicación para transmitir sus conocimientos hasta lograr los objetivos propuestos en la maestría.

A la Licda. Marisol Pérez por su valioso y oportuno apoyo en todo momento que la necesité, Mil gracias...

Al personal y adultos mayores del ambulatorio Tipo I “El Cují” quienes me brindaron la grata oportunidad y experiencia de llevar a cabo el Trabajo de Grado... ¡A ustedes mil gracias!

A mis compañeros de estudios por tantos momentos compartidos durante nuestra formación, mi eterna gratitud!!!

A todas aquellas personas que de una u otra manera diera un granito de arena para el logro de este nuevo éxito profesional.

¡A todos mil gracias!

**María Eugenia Lozada**

**ÍNDICE DE CUADROS**

<b>Cuadro</b>		<b>Pág. No.</b>
1	Distribución de los adultos mayores según edad ambulatorio “el Cuji”. Barquisimeto. Estado Lara. 2018.	68
2	Distribución de los adultos mayores según sexo	69
3	Distribución de los adultos mayores según nivel académico	70
4	Distribución de los adultos mayores según escolaridad	71
5	Distribución de los adultos mayores según ocupación	72
6	Régimen alimenticio y promoción de la salud	73
7	Régimen alimenticio y actividad física	78
8	Factor socioeconómico y promoción de la salud	83
9	Factor socioeconómico y actividad física	87
10	Estilo de vida saludable	92

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>		<b>Pág. No.</b>
1	Distribución de los adultos mayores según edad ambulatorio “el Cuji”. Barquisimeto. Estado Lara. 2018.	68
2	Distribución de los adultos mayores según sexo	69
3	Distribución de los adultos mayores según nivel académico	70
4	Distribución de los adultos mayores según escolaridad	71
5	Distribución de los adultos mayores según ocupación	72
6	Régimen alimenticio y promoción de la salud	76
7	Régimen alimenticio y actividad física	81
8	Factor socioeconómico y promoción de la salud	85
9	Factor socioeconómico y actividad física	90
10	Estilo de vida saludable	95



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA Y GERIATRÍA**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION  
DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

**Autora:** María Eugenia Lozada

**Tutora:** Prof. Elda E Henríquez H

**Año:** Julio, 2019

**RESUMEN**

Está completamente comprobado que una buena alimentación equilibrada ayuda al mantenimiento integral del bienestar del adulto. Esta investigación se ubica en la línea de investigación: Estilo de vida y control de riesgo para la salud del adulto mayor, correspondiente a la maestría de Enfermería Gerontológica y Geriátrica de la Universidad de Carabobo. El objetivo de este estudio fue determinar los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y su estilo de vida saludable. Es una investigación descriptiva y de campo, con una población 133 adultos mayores y una muestra de 40 sujetos a los cuales se le aplicó un instrumento tipo cuestionario, estructurado en dos partes: la primera contiene datos socio-demográficos y la segunda contiene cuarenta ítems referidos a las variables del estudio, diseñado con la escala Dicotómica con dos opciones de respuestas (SI/NO). La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el Coeficiente de Kuder y Richardson, alcanzando un nivel de 0.95 para la primera variable y 0,83 para la segunda, cuya aplicación permitió la comprobación de las hipótesis planteadas, señalando en la Hipótesis General que existe relación estadísticamente significativa entre la Variable factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y su estilo de vida saludable. A través de una alimentación saludable, cambios de hábitos y la realización de actividades físicas regulares el adulto mayor puede lograr estilos de vida saludables.

**Palabras clave:** Factores, Alimentación, estilo de vida saludable, adulto mayor.



**UNIVERSITY OF CARABOBO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCE  
POSTGRADUATE STUDY AREA  
MASTERS DEGREE IN GERONTOLOGIC NURSERY  
AND GERIATRICS**



**FACTORS THAT INFLUENCE FOOD  
THE ELDERLY AND HEALTHY LIFESTYLE**

**Author:** María Eugenia Lozada  
**Mentor:** Prof. Elda E Henríquez H  
**Date:** July, 2019

**ABSTRACT**

Is completely proven that a good balanced diet helps the maintenance of the well-being of the adult. E sta research is located in the line of research: lifestyle and control risk to the health of the elderly, corresponding to the mastery of gerontological nursing and geriatric of the University of Carabobo. The objective of this study was to determine the factors affecting the power of the elderly and their healthy lifestyle. Is a descriptive research field, with a population of 133 elderly and a sample of 40 subjects to which applied you an instrument type questionnaire, structured in two parts: the first contains data socio-demographic and the second contains 40 items relating to the variables of the study, designed with the Dicotomica scale with two options of answers (YES/NO). The reliability of the instrument is determined by the coefficient of Kuder and Richardson, reaching a level of 0.95 for the first variable and 0.83 for the second which allowed the testing of the assumptions made, pointing into the General hypothesis that there is a statistically significant relationship between the Variable factors affecting the power of the elderly and their healthy lifestyle. Through nutrition healthy, changes in habits and physical activities regular adult mayor can achieve healthy lifestyles.

**Key words:** Factors, Food, healthy lifestyle, older adult.

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida en la población, es un resultado exitoso para la humanidad. El avance de la tecnología en el área preventiva y curativa de muchas enfermedades y la disminución de riesgos, aumenta la expectativa de llegar a ser adulto mayor en adecuadas condiciones de salud y así, vivir una vejez saludable.

Algunas alteraciones y enfermedades se relacionan con desequilibrios en la alimentación, sea por exceso de algunos nutrientes, que pueden causar obesidad, hipertensión, colesterol elevado, o por déficit, así como la falta de vitaminas y minerales, que provocan anemia, disminución del apetito, caída de cabello, entre otros. Alimentarse no sólo consiste en comer para vivir o saciar el hambre, constituye una necesidad que podemos aprovechar para mejorar la salud o, al menos, para no empeorarla, por lo tanto el estado de ánimo influye en la alimentación.

Con relación a los desequilibrios en la alimentación la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile (2016) indica algunas recomendaciones para favorecer el estilo de vida saludable en el Adulto Mayor el cual debe alimentarse sanamente con una dieta equilibrada que debe incluir abundantes verduras y frutas diariamente, tomar leche o yogur, según la tolerancia de cada uno, ingerir alimentos con poca grasa, preferir el pescado, pavo, pollo o carnes rojas sin grasa, comer legumbres y granos enteros. Estos alimentos nos permiten estar sanos y vivir mejor, porque aportan una cantidad suficiente de proteínas, grasas esenciales, minerales, antioxidantes y agua.

Entre los factores que influyen en la buena alimentación del adulto mayor que favorecen la transformación o cambios en su estilo de vida tienen mucho que ver con dos condicionantes como son: el régimen alimenticio y el generador socioeconómico. De allí que, se desarrolla la presente investigación, la cual tiene como objetivo general determinar la relación entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y su estilo de vida saludable que asiste al Ambulatorio Tipo I, “El Cují”, ubicado

en el municipio Iribarren del estado Lara, para caracterizar su estilo de vida en la alimentación y poder generar estrategias de promoción para la salud.

Este trabajo se ubica en la línea de investigación: Estilo de vida y control de riesgo para la salud del adulto mayor, correspondiente a la maestría de Enfermería Gerontológica y Geriátrica de la Universidad de Carabobo. Metodológicamente el estudio se enmarca en una investigación descriptiva y de campo. La población estuvo conformada por 133 adultos mayores con una muestra de 40 sujetos.

En tal sentido, la investigación se estructuró en cinco capítulos, tal como se señala a continuación:

Capítulo I, denominado el problema, comprende el planteamiento del problema, objetivos: general y específicos, y la justificación de la investigación.

El capítulo II, presenta el marco teórico, los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, bases legales, definición de términos y cuadro de variable.

El capítulo III, reseña el marco metodológico, el tipo y diseño de la investigación, población y muestra, técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad., técnicas de análisis de datos.

El capítulo IV, presenta el análisis e interpretación de los resultados. Igualmente, el capítulo V, comprende las conclusiones, recomendaciones resultantes del estudio. Por último, la bibliografía y los anexos correspondientes.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1 Planteamiento del Problema

El envejecimiento es parte de la secuencia del desarrollo del ciclo vital que va desde su inicio hasta su culminación, y que tiene lugar en todos los sujetos. Este proceso es el resultado de la interacción de los cambios orgánicos a nivel bioquímico, celular y tisular, conjuntamente con modificaciones psicológicas a nivel de las capacidades cognitivas, personalidad y conducta, y las modificaciones del medio externo que le rodea a la persona, o del contexto social que a su vez está influido por los efectos psicológicos del envejecimiento y las experiencias colectivas e individuales. (Molina, 2008). En efecto, la interacción entre estos aspectos puede hacer de la vejez una etapa placentera o bien una etapa de rechazo a la vida, según haya sido el pasado del individuo, su entorno y la forma como éste acepte al proceso de envejecer.

El crecimiento exponencial en los últimos tiempos de la población adulta mayor, según la Organización Mundial para la Salud, OMS (2012) expresan:

Para el año 2020 esta cifra alcanzará los 194 millones de habitantes y para el año 2050, será de aproximadamente 310 millones, de los cuales 190 millones de habitantes vivirán en América Latina y el Caribe. Se proyecta que para el año 2025, por lo menos en veintidós países de las Américas, 15% o más de la población tendrá o superará los 60 años de edad. 2 lo cual significa que actualmente las personas viven en promedio más años que antes y que la proporción de adultos mayores de 60 años de edad con respecto a los más jóvenes se encuentra en franco crecimiento. (Pág. 1)

En efecto, según estos datos se evidencia el crecimiento acelerado de la población de adultos mayores, lo cual implica que se requiere su incorporación prioritariamente en políticas que garanticen un envejecimiento satisfactorio, así como el mantenimiento de la funcionalidad, es decir que puedan realizar sus actividades que le ayuden a mantener estilos de vida saludables, pese a su longevidad.

Según el Censo 2011, realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE),

El 5,8% de la población venezolana lo constituyen los adultos mayores, lo que se traduce en alrededor de un millón setecientas mil personas. Éstas se concentran en los estados Anzoátegui, Sucre y las regiones andinas y llanera. Dentro de este renglón se cuentan a las mujeres mayores de cincuenta y cinco (55) años y a los hombres mayores de sesenta (60) años. (pág.1)

En este orden de ideas según este último censo realizado en el 2011 se evidencia en el estado Lara una población total de 1.774.867, de los cuales 199.845 son adultos mayores de 55 años, así mismo en el municipio Iribarren, donde se realizó esta investigación su población total está representada por 996.239 habitantes de los cuales 49.811 son adultos mayores y en la parroquia el cují, donde está ubicado el ambulatorio seleccionado para realizar este estudio, los adultos mayores conforman un grupo de 2.696 pobladores. Es importante destacar que a medida que se avanza en el tiempo los mayores de 55 años en las mujeres y de 60 años en los hombres han experimentado un crecimiento importante.

Es por lo antes expuesto, que se hace necesario profundizar en la importancia de las conductas alimentarias que tienen estas personas, como una forma de mejorar su estilo de vida y salud, en el que influye, entre otros factores, el lugar donde habitan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013, afirmó que una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición, enfermedades no transmisibles (como la diabetes, las cardiopatías, el cáncer o los accidentes cerebrovasculares) (p. 281).

Así mismo, Sánchez, De la Cruz, Cereceda y Espinoza (2014) realizaron un estudio en Lima, mencionando que los hábitos alimentarios inadecuados detectados en más de 60% de los adultos mayores pueden aumentar el riesgo de deficiencias nutricionales y afectar su calidad de vida. Igualmente los aspectos socioeconómicos también entregan directrices a la alimentación en estas personas. El estudio realizado por Sánchez et al en 115 adultos mayores peruanos, con rangos de edad entre 60 a 93 años, presentó entre sus conclusiones, que las personas pertenecientes al nivel socioeconómico medio alto presentaban mejores hábitos alimentarios en comparación de otros grupos sociales, relacionados con el consumo de carnes, frutas y verduras. (pp. 107-11).

La OMS (2011), refiere que las personas de 60 y más años, que aún mantienen autonomía funcional, son un grupo en riesgo nutricional por disminuir la toma de alimentos y sufrir cambios físicos, mentales y sociales que conlleva el proceso de envejecimiento. En este contexto, uno de los aspectos esenciales a tener en cuenta durante el envejecimiento es el estado nutricional del adulto mayor, que se ve afectado por los malos hábitos saludables mantenidos durante toda la vida, además de los trastornos que surgen del proceso de envejecimiento como la disminución del apetito, de la ingesta de agua y otros nutrientes esenciales que son los ácidos grasos, aminoácidos, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales; estos trastornos pueden llevar a que los adultos mayores puedan desnutrirse, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes.

En efecto, en la población geriátrica 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 morbi mortalidad por enfermedades agudas y crónicas, incrementando la utilización de los servicios de salud, la estancia hospitalaria y el costo médico en general. Se puede deducir en general que, una alimentación adecuada, la práctica regular de ejercicios y corrigiendo los malos hábitos del adulto mayor se puede influir positivamente sobre su salud y bienestar tanto físico como mental.

Tal como señala Benavides (2013) los problemas de salud del adulto mayor relacionados a su estado nutricional es un asunto que debe tomarse en cuenta desde la promoción y la prevención de la salud identificando algunos estilos de vida no saludables como la falta de ejercicio, el sedentarismo, inadecuada alimentación, que provocan problemas de salud como las enfermedades crónicas - degenerativas, más aún si se considera el bajo acceso a los servicios de salud (seguridad social), a los programas especializados y el alto costo de los tratamientos, así como las irreparables pérdidas. Es decir, un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y deteriora el pronóstico en patologías agudas, considera que la mejor manera de retardar y aun revertir los efectos del envejecimiento y las enfermedades degenerativas asociadas a la edad, es a través del ejercicio, la lucha contra el sedentarismo y una dieta nutritiva y balanceada.

Muchos de los estilos de vida para Quiñones (2013), incluyen fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales y salud mental. Las personas pueden presentar factores de riesgo sin manifestaciones clínicas por lo que se hace necesario detectarlos de manera oportuna desarrollando programas de prevención para disminuir su frecuencia y mejorar el estilo de vida de las mismas. En todo caso una alimentación equilibrada y un correcto estado nutricional son necesarios para mantener un buen estado de salud a lo largo de toda la vida.

Con referencia a lo anterior, Olaiz (2006), señala que actualmente, en los países en vías de desarrollo hay pocos programas destinados a la atención del adulto mayor, sobre todo en cuestiones de nutrición aunque esto debería ser una prioridad. Además, hay poca promoción de la salud y la nutrición del AM.

El personal de enfermería es el equipo que se encuentra en mayor contacto con la comunidad y los pacientes, brindándoles educación y cuidados. La enfermera o enfermero, realiza la evaluación nutricional mediante una valoración objetiva,

identificando aquellos adultos mayores que padecen desnutrición, sobrepeso u obesidad con la finalidad de identificar los factores que ocasionan estos problemas de salud, los cuales son motivo de investigación y posteriormente hacer difusiones para que se tomen acciones de promoción de la salud.

En este mismo orden de ideas, es necesario señalar un informe presentado por 30 especialistas en nutrición para la OMS y el fondo de Naciones Unidas para la alimentación (FAO), en el cual señalan que las enfermedades que causan más muertes en todo el mundo se relaciona de manera directa con una alimentación desequilibrada y la falta de actividad física. Un 59% de los 56,5 millones de fallecimientos registrados en el 2013 se deben a enfermedades crónicas causadas por una mala alimentación y la falta de ejercicio físico. Por ello es importante que el adulto mayor mantenga una alimentación saludable y realice algún tipo de actividad física, lo cual redundará en su bienestar y mejor calidad de vida.

En el contexto latinoamericano, los problemas nutricionales asociados al adulto mayor dan cuenta de una transición nutricional, fenómeno caracterizado por una alta prevalencia de malnutrición por exceso y consecuentemente un aumento en el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles propias de sociedades modernas, que coexisten en comunidades de bajos recursos. El porcentaje de personas mayores de 65 años que son obesos en Chile es del 24,6 % para hombres y 35,5 % para mujeres, por lo que Venezuela no escapa de esta realidad, ya que de acuerdo al Instituto Nacional de Nutrición (INN, 2010), el 55 por ciento de los adultos mayores presentó problemas de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), lo que ha traído como resultado el incremento de la morbimortalidad por enfermedades cardiometabólicas como diabetes e hipertensión, que representan las primeras causas de muerte en el país (MPPS, 2012). Por ello es necesario que el adulto mayor mantenga una buena alimentación y nutrición, lo cual está íntimamente ligado a mejorar su calidad de vida y prevenir la aparición de diversas enfermedades patológicas que se presentan en la tercera edad.

Al mismo tiempo, es importante hacer referencia a un artículo aparecido en el diario la Prensa de Lara, titulado “en Lara se padece déficit nutricional”, se menciona que de una población de 1.774.867 (Censo del INE-Lara al 30 de octubre de 2011), 10 mil adultos mayores que fueron atendidos en el Instituto Nacional de Nutrición (INN) en Lara durante el año 2011, “al menos 40% presenta un déficit nutricional, en su mayoría niños y abuelos”. Se hace oportuno mencionar que, el déficit nutricional se presenta en un paciente cuando su peso es inferior al que debería tener de acuerdo a su edad, tamaño y sexo, ésto debido a la falta de alimentos, a patologías adquiridas como diabetes, hipertensión o gastritis y al desconocimiento sobre la preparación de comidas balanceadas.

Estos resultados sugieren que estas enfermedades no transmisibles se relacionan, específicamente entre otros aspectos, con la calidad de la alimentación y la existencia de estilos de vida no saludables. Y confirma que las personas no institucionalizadas también presentan el mismo número de tiempos de alimentación con una inadecuada calidad de alimentos que ingieren. Se puede considerar que la alimentación de las personas mayores, independiente de su lugar de residencia, no son apropiadas para el respectivo grupo etario.

Por otro lado, durante las pasantías realizadas en el Ambulatorio Tipo I “El Cují”, ubicado en el municipio Iribarren del estado Lara, se observó que los adultos mayores se han ido deteriorando en su nutrición por cuanto no tienen suficientes ingresos para que puedan cubrir sus necesidades como son medicina y en algunos casos alimentación. Lo que evidencia que en estos últimos años se ha deteriorado mucho el poder adquisitivo del mismo.

En la tercera edad se debe tomar importancia a la calidad de vida de los adultos mayores en general, ya que se pretende llegar con mejor estado físico y mental. La correcta alimentación es el primer paso para mantener un estilo de vida saludable

complementado con la práctica regular de ejercicios, correspondientes para este grupo etario y el abandono de hábitos perjudiciales para la salud.

De esta manera, el conocer los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Ambulatorio Tipo I “El Cují”, constituye información importante para el profesional de enfermería que trabaja con ellos, teniendo en cuenta que una de sus funciones es la promoción de la salud, y que siendo la etapa adulta mayor una etapa vulnerable del ser humano.

Tomando en cuenta lo antes expuesto se plantean las siguientes interrogantes:

¿Existen factores alimenticios y qué influencia tienen en el estado nutricional del adulto mayor?

¿Qué factores alimenticios influyen en el estilo de vida saludable del adulto mayor?

¿Qué beneficios tiene la actividad física para los adultos mayores?

Para dar respuesta a estas interrogantes, se formula la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y su estilo de vida saludable que acude a la consulta del Ambulatorio Tipo I, El Cují, municipio Iribarren del estado Lara?

## **1.2 Objetivos de la Investigación**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar los Factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y su estilo de vida saludable

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

Determinar la relación que existe entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor régimen alimenticio y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor promoción de la salud.

Determinar la relación que existe entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor régimen alimenticio y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor actividades físicas.

Determinar la relación que existe entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor socioeconómico y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor promoción de la salud.

Determinar la relación que existe entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor socioeconómico y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor actividades físicas.

### **1.3 Justificación de la Investigación**

Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte. Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano.

El presente trabajo investigativo propone determinar la relación que existe entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en sus factores régimen alimenticio y socioeconómico y su estilo de vida saludable, en sus factores promoción de la salud y actividades físicas. Ambulatorio Tipo I, “El Cují”, municipio Iribarren del estado Lara.

Tiene relevancia contemporánea. Esta investigación permitirá desarrollar una intervención oportuna que permita prevenir y corregir la malnutrición en los casos que esta se presente en los adultos mayores; lo que redundara en un mejoramiento de su salud.

A nivel social, esta investigación tendrá un impacto positivo ya que ayudará mejorar el estilo de vida y mantener una buena salud en el Adulto Mayor.

Cabe resaltar que, la investigación en curso proporciona en el aspecto gerontólogo para el desarrollo profesional de enfermería, una herramienta que aportara conocimientos claves para el cuidado del adulto mayor, referente a su alimentación, los cuales contribuirán a optimizar su salud, bienestar y mantener su desarrollo personal en la comunidad, por ende mejorar su calidad de vida.

A nivel docente y de investigación, este estudio servirá de guía para educar al adulto mayor en cuanto a su estado nutricional y así contribuir al mejoramiento de su calidad de vida. Esta investigación será un material bibliográfico importante para consulta de futuros investigadores, docentes y estudiantes, formando parte de los antecedentes de futuros trabajos que seleccionen esta línea de investigación,

Este trabajo tiene gran importancia para la salud del adulto mayor porque permitirá determinar los factores que influyen en la alimentación del mismo y su estilo de vida saludable lo que a su vez ayudará ampliar y fortalecer los conocimientos científicos del personal de enfermería.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta los basamentos teóricos de la investigación como: antecedentes, bases teóricas, operacionalización de la variable, hipótesis y definición de términos básicos.

#### 2.1 Antecedentes de la Investigación

Para Supo (2015) “Los antecedentes investigativos son estudios desarrollados dentro de nuestra línea de investigación, ubicados en el mismo nivel investigativo”. (p.29). En este sentido se exponen los siguientes estudios previos que permiten sustentar la investigación en curso:

##### **Antecedentes Nacionales:**

Sánchez, F. (2017) Caracas. **Asociación de los hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico (NSE) de los adultos mayores que asisten a un Programa Municipal del área metropolitana de la ciudad de Caracas.** El objetivo general del trabajo fue determinar cómo influyen los hábitos alimenticios en el adulto mayor y el estado nutricional con el nivel socioeconómico. El estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo, de corte transversal. El instrumento utilizado fue el cuestionario sobre frecuencia de consumo diario y semanal de los grupos de alimentos por porciones recomendadas; para el nivel socioeconómico se aplicó una encuesta basada en la escala de Graffar aplicada a 115 personas adultas mayores. Como resultados se encontró una prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesidad (19,1%). Más de 60% presentó hábitos alimentario inadecuados respecto al consumo de carnes

(65,2%), lácteos (78,3%), leguminosas (87,8%), frutas y verduras (64,3%). Los adultos mayores se ubicaron principalmente en el nivel socio- económico (NSE) medio bajo (37%) y en el NSE medio (33%).

El estado nutricional no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el NSE ( $p=0,629$ ), mientras que para los hábitos alimentarios, se observó asociación con el NSE respecto al consumo de carnes ( $p=0,003$ ), cereales y tubérculos ( $p=0,038$ ) y de frutas y verduras ( $p=0,001$ ). Las conclusiones indicaron que existe asociación entre los hábitos alimentarios con el NSE, pero no así para con el estado nutricional. De allí a que, este antecedente guarda relación con el presente estudio, ya que se tomaran en cuenta sus resultados y aportes con el propósito de planificar y ejecutar una investigación que logre su cometido en forma eficiente que permita mejorar la alimentación del adulto mayor.

De igual manera, Vera, A. Figueroa, O. Soto, I. Salvi, C. Chacón, O y otros (2016). **Tendencia de la Desnutrición Grave en el Hospital Universitario de Caracas.** El objetivo estudiar la tendencia de la desnutrición grave en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de dicho hospital que fueron evaluados por el servicio de nutrición, apoyado por una investigación descriptiva y de campo, en el cual se utilizó la técnica de encuesta y el instrumento cuestionario. Los resultados evidencian que el grupo etario más afectado fue el de los adultos mayores (79,17%) y el 98,59% provenían de familia que viven en condiciones de pobreza. Conclusiones: La tendencia de la desnutrición grave fue positiva, es decir, una tendencia al aumento, que podría explicarse en parte por la crisis socioeconómica en la que estamos sumidos desde hace varios años con reagudizaciones durante el lapso estudiado. La relación que existe con el trabajo de investigación es como los factores socioeconómicos y la crisis actual del país inciden en la desnutrición y los grupos más afectados son los adultos mayores que viven en extrema pobreza.

### **A nivel local:**

Pardo, C. y Rodríguez, O. (2016) Carabobo – Venezuela. **Estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor institucionalizado**, el cual tuvo como objetivo determinar el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor institucionalizado. El trabajo de investigación, es de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo, para la recolección de datos se aplicó tres instrumentos: la escala de estilo de vida, la ficha de valoración nutricional del adulto mayor y el CUADRO de valoración nutricional según índice de masa corporal (IMC) para adultos mayores (> 60años), aplicado a 171 adultos mayores de ambos sexos. Los resultados muestran que del 100% (171) de los adultos mayores que participaron en el estudio, el 3,5% (6) tiene un estilo de vida saludable y un 96,5% (165), no saludable. Por lo tanto, la mayoría de los adultos mayores tiene estilo de vida no saludable, prevaleciendo el estado nutricional normal (37,4%) del total, siendo mayor respecto al estado nutricional alterado el sobrepeso (26,9%); inmediatamente se encuentra la delgadez (24%) y, en última instancia, la obesidad (8,2%) del total. Las conclusiones determinan que la mayoría de adultos mayores presenta un estilo de vida no saludable y un mínimo porcentaje tiene un estilo de vida saludable. En cuanto al estado nutricional de los adultos mayores, se tiene que, cerca de la mitad presenta un estado nutricional normal; casi la cuarta parte presenta sobrepeso; un porcentaje menor presenta delgadez y una mínima parte, obesidad. Igualmente, los adultos mayores con estilo de vida no saludable presentan en mayor porcentaje estado nutricional normal, sobrepeso, delgadez y obesidad, respectivamente; y los adultos con estilo de vida saludable presentan en mínimo porcentaje obesidad, sobrepeso normal y delgadez, respectivamente.

Esta investigación orientará al presente trabajo de investigación, porque se determinará el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor. Además contribuirá a la realización y aplicación de los métodos y técnicas de recolección de datos y aportará ciertas bibliografías para obtener información pertinente.

**Antecedentes Internacionales:**

Barrón V, Gonzalo U, y Vera S. (2016). **Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso. Chile.** El objetivo de la investigación fue analizar cómo influye el estilo de vida de los adultos mayores económicamente activos. El diseño utilizado fue analítico comparativo, de corte transversal, incluyeron una muestra de 239 personas de un universo de 3699 adultos mayores de 65 años económicamente activos, de los cuales 1109 corresponden a la comuna de Chillán y 2590 a la comuna de Valparaíso, el instrumento que se utilizó fue un cuestionario. En los resultados de la investigación muestran los que realizaron ejercicio físico son el 59.4% de la muestra en ambas ciudades, el 40.7% no ha acudido en 6 meses a consulta médica, solo un 9.1% y un 12.5% presentaron licencia médica en el mismo período y un 35% no ingiere ningún tipo de medicamentos. La percepción de salud es buena aun cuando el 52% presenta patologías crónicas, predominando la hipertensión arterial en el 37%. Sobre un 90% de los encuestados, se encuentran satisfechos y muy satisfechos con su vida. En conclusión demostraron que el estado de salud del grupo en estudio es bueno, lo que les permite mantenerse económicamente activos. Este trabajo aborda importantes aspectos que apoyan esta investigación, las conclusiones evidencian la importancia de mantener un estado de salud en buenas condiciones ya que esto les permite a los adultos mayores mantenerse económicamente activo.

Igualmente, Ecobarrutia M, Flores S. (2015) Lima-Perú. **Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en la urb. La libertad, Chimbote.** El mismo tuvo como objetivo determinar el estilo de vida y nutricional del adulto mayor. El método que se utilizó en este estudio fue cuantitativo de corte transversal, diseño descriptivo, correlacional, la muestra estuvo conformada por 239 adultos mayores, el instrumento que se utilizó fue la entrevista. En los resultados de la investigación, encontraron que el 21.8% de las personas adultas mayores de la Urb. La Libertad tienen un estilo de vida saludable y un 78.2% estilo de vida no saludable. En conclusión demostraron: el

mayor porcentaje de los adultos mayores de la Urb. La Libertad tiene un estilo de vida no saludable, mientras que un menor porcentaje tienen un estilo de vida saludable. Más de la mitad de los adultos mayores tienen un estado nutricional normal, una cuarta parte presenta delgadez y sobrepeso y una mínima parte obesidad.

El anterior estudio se vincula con el presente trabajo de investigación en el sentido de que otorga relevancia al estilo de vida y nutricional del Adulto Mayor. Las consideraciones teóricas, tanto del estudio referido como de las estrategias, constituyen un valioso aporte en la construcción de una metodología dirigida al diseño y aplicación del instrumento de recolección de datos.

Igualmente, Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela (2015). Colombia. **Hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud**, cuyo objetivo principal fue indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor. Se realizó una investigación con el enfoque de epidemiología crítica y como estrategia se utilizó el monitoreo estratégico. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información. En el componente cuantitativo se realizó un muestreo multietápico, estratificado y en el componente cualitativo un muestreo intencional. Las conclusiones evidenciaron que los hábitos alimentarios de los adultos mayores no son los más adecuados, por cuanto existe un bajo consumo de lácteos, carnes, verduras y una alta ingesta de grasa.

Dicho antecedente será considerado ya que expresa que en la alimentación de los adultos mayores, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad, son el bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa. Requerimientos que serán tomados en consideración para impartir la charla a los adultos mayores del ambulatorio tipo 1 “El Cují” de Barquisimeto Estado Lara.

## **2.3 Bases Teóricas**

Según el Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis de la UPEL (2005, p.72): se conoce como bases teóricas al conjunto actualizado de conceptos, definiciones, nociones, principios, otros., que explican la teoría principal del tópico a investigar. Surgen de la revisión bibliográfica (fuentes impresas, audiovisuales o electrónicas) vinculada con el tema seleccionado. Es decir, las bases teóricas están conformadas por un conjunto de definiciones construidas por el investigador – producto de la revisión bibliográfica- y por conceptos emitidos por autores reconocidos.

### **2.3.1 Factores que influyen en la alimentación del adulto mayor**

Existen factores que influyen en la alimentación del adulto mayor como son los cambios en el modo de vida. Se pueden encontrar hasta tres enfermedades y más concomitantes en una persona de la tercera edad, muchas de las cuales pueden influir de varias maneras en el estado nutricional.

La alimentación es base, para poder llegar de la mejor forma a la vejez. A aquellas personas que no la cuidan, llegan muy mal a la misma, con varios problemas en el organismo y un sobrepeso, que dificulta su salud. Benavides et.al, (2013) afirma:

Esto significa que, la alimentación y nutrición es muy importante en esta etapa de la vida, porque permite preservar y mantener la salud, así como limitar complicaciones que son frecuentes en el adulto mayor. En esta etapa, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tiende a declinar, por lo que se debe tener un cuidado especial en la dieta balanceada que aporte una nutrición equilibrada y saludable. (p.309)

Cabe decir que, cuando los adultos mayores incorporan alimentos saludables pueden revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados al proceso del envejecimiento, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan continuar viviendo en forma

independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad. Por lo que, la alimentación de los adultos mayores debe suponer un mayor aporte de compuestos como el calcio, el hierro o la vitamina D.

### **Régimen alimenticio**

Cabrera (2009), dice que:

El régimen alimentario debe ser completo para ofrecer al organismo todas las sustancias que necesita para su funcionamiento. Debe contener proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales, vitaminas y agua. Éste debe adecuarse de acuerdo, al sexo, edad, actividad, hábitos culturales, estado de salud, y economía. Todo esto implica una correcta elección de los alimentos, así como una preparación apropiada. (p.15)

De hecho, los adultos mayores deben alimentarse bien es imprescindible para la vida diaria, la cantidad de proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y otros nutrientes es fundamental, para que su organismo funcione correctamente.

### **Hábitos alimenticios**

Borgues (1990) señala que:

Los hábitos alimentarios son la selección y elección de la cantidad, calidad y forma de preparación de los alimentos que consume un individuo, como respuesta de sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales, acompañado de ciertos elementos conscientes. (p. 12)

Por lo tanto, un hábito se conserva por ser cómodo y agradable para la persona, llegando a ser parte de la vida cotidiana en donde llega a determinar un modo de actuar, preferencias, elecciones y un estilo de vida propio.

De igual manera, Alba y Mantilla (2014) señalaron “que la forma de selección, preparación y consumo de diversos alimentos; definen los hábitos alimentarios”, (p.329), los cuales son complejos, en los que intervienen factores geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos, de infraestructura y transporte; así mismo, influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo.

Por otro lado, Ayala y Parada (2012) consideran:

A los hábitos alimentarios como el conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, adquisición, conservación, preparación y combinación de los alimentos como resultado del marco geográfico y económico en el que se desenvuelve la vida del hombre, reforzadas por la tradición, patrón cultural de alimentos propios de la familia de origen y el medio social donde vive. (p.87).

De lo que se deduce que, los hábitos alimentarios y estilo de vida son quienes determinan el estado nutricional. También, Silvestri (2011) refirió que “los hábitos alimentarios influyen de gran manera en el estado nutricional y en la salud de los adultos mayores”. (p.90) Según señaló la OMS, entre los diez factores de riesgo claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, está relacionada con la alimentación y el ejercicio físico.

En conclusión, consideramos de esta manera que los hábitos alimentarios con enfoque de mantener un estado de salud adecuado y prevenir enfermedades, deben ser difundidos principalmente por el equipo de salud que tenga contacto directo con los adultos mayores.

## Preparación

En cuanto a las comidas de los adultos mayores, éstas deben ser higiénicas, apetecibles, fáciles de preparar, masticar y digerir; tienen que incluir alimentos ricos en: proteínas, calcio, fibra, vitaminas, minerales, antioxidantes, carbohidratos, potasio y aceites de canola, oliva y de origen vegetal, se vuelve cada vez más importante para mantener un organismo sano. Esto quiere decir, con comidas fáciles de preparar, gustosas, de fácil masticación y digestión el adulto mayor puede mantener un organismo saludable.

De igual manera, Ferro y Maguiña (2012) expresaron “una alimentación que incluya carnes blancas, legumbres, siendo rica en frutas y verduras; brinda al adulto mayor una alimentación saludable, ya que el consumo de alimentos en alto valor calórico puede agravar las enfermedades crónicas no transmisibles”. (p.60). Es así como, hacer una correcta selección de alimentos es imprescindible para transitar mejor las enfermedades.

Entre otros aspectos importantes a tener en cuenta se encuentra la cantidad de agua a ingerir diariamente. Mathews, Van Holde y Ahern, (2002) señalan:

El proceso de envejecer se asocia a pérdidas de líquido intracelular y extracelular, unido a la atenuación en el mecanismo de la sed asociada a la edad, por lo que ocasiona mayor riesgo de pérdidas y aumento de la vulnerabilidad de los diferentes órganos y sistemas de nuestra economía a las consecuencias de la deshidratación. Por ello, y como norma, debe recomendarse la ingestión diaria de, al menos, 1.5- 2 litros de líquido en cualquiera de sus formas. (p. 218)

Por ello se hace necesario que los adultos mayores deben tener unos hábitos regulares de ingesta de agua, motivado a que sus requerimientos son importantes, ya que de esta manera podrán mantener la función renal, una buena hidratación, evitar el estreñimiento o mantener la temperatura corporal entre otros.

Otro aspectos a considerar son los horarios de consumo de alimentos. Los horarios de las comidas deben ser adecuados y racionalizarse, distribuyéndose a lo largo del día, espaciando las comidas entre sí lo suficiente y no picando entre horas. A este aspecto ha de dedicársele especial consideración en las instituciones, residencias de mayores y hospitales.

### **Cambios fisiológicos**

El envejecimiento es una etapa que se acompaña de una serie de cambios fisiológicos, que pueden contribuir a afectar el estado de nutrición del adulto mayor. Mataix y Serra, (2002) considera que:

Los cambios fisiológicos supone un aumento del riesgo de la presencia de alteraciones y patología de las mucosas de la boca, ésta se vuelve más fina, lisa y seca con la edad, con un aspecto satinado y con pérdida de su elasticidad. (p. 67)

No se debe olvidar que sobre todo es el efecto sumativa de distintos factores externos sobre la mucosa, el causante de su patología.

Según el Manual Merck de Geriatria (1999), las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad que pueden ocasionar malnutrición en el adulto mayor se dividen en dos grupos: las que afectan la función alimentaria y las que alteran el metabolismo. Entre las primeras se incluyen los problemas de dentición, el aumento de umbral para el sentido del gusto (la reducción de los sentidos del gusto y del olfato), la reducción de la absorción intestinal, la disminución de la secreción del GI y la obstrucción GI funcional. Además, la difusión alimenticia puede verse agravada por la presencia de enfermedades específicas (por ej., alteraciones del sentido del gusto, como consecuencia de un cáncer o absorción anómala de algunos nutrientes a causa de trastorno de la movilidad y secreción GI).

En ocasiones existe también una reducción de los impulsos sensoriales que llegan al hipotálamo, que controla los centros del hambre y de la saciedad. En segundo término, entre las alteraciones metabólicas destacan las disminuciones de la síntesis de proteínas en respuesta al aumento de la ingesta de aminoácidos y la reducción del gasto energético.

### **Boca y el proceso de envejecimiento**

La boca, también conocida como cavidad oral o bucal, es la abertura por la cual los alimentos son ingeridos, inicia la digestión mediante la masticación y deglutirlos, formar las palabras e identificar los sabores. Esta sirve también de entrada al aire. Las estructuras de la boca comprenden, los labios, el paladar duro y blando, la lengua, dientes y encías, así como las glándulas salivales. Los dientes y los músculos de la masticación existen para preparar la comida para la deglución. La lengua, con una función básica en la capacidad de hablar, es también esencial para preparar el bolo alimentario y las glándulas salivares tienen múltiples funciones. Todas estas estructuras están perfectamente coordinadas y el fallo en cualquiera de ellas afecta a la capacidad para hablar y comer y repercute en la calidad de vida. (Carvidon Almenara, M. A., y cols, 2004).

Además, hay que recordar que la boca es la principal puerta de entrada de nuestro organismo, motivo por el que está expuesta a múltiples agresiones y dotada de mecanismos de defensa, entre los que cabe destacar la saliva y, sobre todo, la gran cantidad de terminaciones sensitivas existentes en ella. En base a ello, Hedegord, (2006), menciona que:

Ante cualquier alteración se debe proceder a un examen minucioso de manera sistemática. Se procederá a explorar todas las áreas de la misma y realizar pruebas complementarias (biopsia en la mayoría de los casos) para la confirmación diagnóstica, en la mayoría de los casos. (p.709).

En este sentido, los hábitos alimenticios juegan un papel importante en el cuidado de la cavidad bucal, una dieta equilibrada que contenga los nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo, es importante para el mantenimiento de la salud bucal.

Según Hedegord (2006), “es necesario conocer que no es solo lo que se come, el tipo de alimentos que se ingieren, sino también cómo lo hacen, ya que los malos hábitos masticatorios también pueden ser causantes de alteraciones bucales” (p.709), por consiguiente, es importante que la enfermera durante la consulta dental dirija sus actividades fundamentalmente a realizar educación sanitaria y recomendaciones para una higiene correcta, para intentar prevenir y /o tratar alteraciones si ya las hubiera, intentando conseguir siempre la máxima colaboración e implicación en el adulto mayor.

Para el investigador Ortega (1996), los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio otros, son resultado de la acción de enfermedades (periodontitis), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad, pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales.

### **Mucosa oral**

Según Habeest LLMH, Brass J, Merkesteim JPR, (2008) la mucosa oral, es el revestimiento de la boca y comprende las mejillas interiores y la parte de los labios interiores, cuando está sana tiene un color rosa oscuro, tirando a rojizo, cuando

aparecen alteraciones presenta una coloración diferente a la normalidad. Se dividen según el color en lesiones blancas, rojas, oscuras y amarillas. El aumento global de la friabilidad en los tejidos de la cavidad oral concierne a tres aspectos distintos: Primero, a la sequedad progresiva de la mucosa oral debido a una función renal disminuida y a un cambio en el equilibrio hídrico del medio intracelular. Segundo, la capa epitelial se hace más fina, dejando al tejido sin protección, por tanto vulnerable a la menor agresión. Tercero, las células mucosas están generalmente malnutridas, lo cual disminuye la resistencia de los tejidos.

Igualmente, se produce un descenso gradual en la altura y anchura del borde alveolar, particularmente en las personas desdentadas que llevan dentadura postiza, como consecuencia de la resorción ósea. El defecto de secreción (xerostomía) puede tener también su origen en enfermedades sistémicas diabetes mellitus, diabetes insípida, nefritis, anemia perniciosa, entre otros.

### **Dientes completos**

En el proceso de envejecimiento según señala Caballero y Otros (1990) los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, esclerosamiento, neoformación tisular, entre otros.) y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros). También debido al tipo de dieta, hábitos dureza de los números y posición que presentan, lo que conlleva a una pérdida en numerosas ocasiones de la dimensión vertical y determina una protrusión mandibular. Los túbulos dentinarios se mineralizan, en la pulpa es afectada la calidad de los vasos sanguíneos por el proceso de envejecimiento, disminuyendo de volumen y tamaño.

Es importante señalar que en los adultos mayores de cincuenta años, las caries se producen debajo de la placa bacteriana producida por *odontomyces viscosus*. A pesar

de que éstas progresan lentamente, las personas mayores con tejidos orales débiles y xerostomía (sequedad de la bucal) desarrollan rápidamente caries altamente destructivas. Después de los 70 años disminuye *O. viscosus*, mientras que empieza a aumentar la *Candida albicans*. Se encuentran manchas blancas, caseosas, debajo de la dentadura, generalmente la postiza, en el interior de las mejillas y sobre la superficie de la lengua. El tejido mucosa subyacente a la infección está llagado, rojo y doloroso.

Los problemas de salud bucal en los adultos mayores deben tomarse muy en cuenta ya que en esta etapa de la vida cobran mayor importancia, debido al impacto que tienen en su calidad de vida; así como por presentar mayor riesgo de consecuencias más severas y complejas que requieren de atención especializada. De aquí la necesidad de mantener los dientes completos y sanos ya que éstos tienen una gran repercusión en la salud y en la calidad de vida, por lo tanto, es fundamental cuidarlos desde la infancia. Las medidas para el cuidado y promoción de la salud bucodental son sencillas y dependen de la realización de una correcta higiene dental, mantener una dieta saludable, llevando una alimentación variada y equilibrada, controlando el consumo de alimentos azucarados, especialmente entre horas, y realizar las revisiones bucodentales periódicamente.

Cabe concluir que, las dificultades en la masticación en el adulto mayor por problemas de boca seca o periodontitis, falta de piezas dentarias o dentaduras mal ajustadas dificultan que la ingestión dietética sea correcta. Por ello, cualquier alimento que aporte fibra requiere una mayor eficacia en la masticación. Y, por lo general, las personas que utilizan dentaduras postizas mastican de un 75 a un 85% con menor eficacia que aquellas que tienen dientes naturales. Esto puede derivar a un menor consumo de carnes, frutas y verduras frescas y como consecuencia puede haber una ingestión inadecuada de fibra, hierro (Fe), energía, folatos, betacarotenos y vitamina C.

## **Edentula parcial o total y el uso de prótesis**

En el proceso de envejecimiento las personas edentula presentan compromiso de la eficiencia masticatoria que las pone en riesgo de consumir una dieta baja en fibra. Las personas que poseen aún sus dientes, ingieren una cantidad sustancialmente mayor, lo cual sugiere que la pérdida de dientes y la rehabilitación protésica, ejercen alguna influencia en la selección y frecuencia de ingestión de algunos alimentos.

La edentula parcial se refiere a la ausencia o la pérdida de los dientes, y su causa puede ser congénita o adquirida. La OMS, considera al edentulismo como un problema que causa deficiencia en la salud general de un individuo. La pérdida de dientes puede afectar a las personas de cualquier edad, pero ésta es más prevalente en el adulto mayor, ya que son más susceptibles a adquirir enfermedades bucales. Se ha demostrado que la pérdida de dientes afecta a la calidad de vida de una persona, que a su vez tiene un impacto no solo en su estado de salud general sino también en su bienestar psicosocial. Ciertamente el edentulismo puede afectar sustancialmente la salud oral del adulto mayor así como como también el gusto por las comidas y la nutrición.

La edentula total se refiere como la ausencia total de dientes, tanto de la mandíbula como de la maxila. Para los adultos mayores, la pérdida total de dientes puede convertirse en una experiencia dolorosa y de potencial riesgo. Los adultos mayores completamente desdentados tienen menor habilidad para adecuar los alimentos para su deglución, comparados con individuos más jóvenes, ya que tienden a dejar los alimentos triturados distribuidos en partículas de mayor tamaño.

En este sentido, Valero y León, (2004), refieren que:

Partiendo por la boca, las alteraciones en la dentadura, casi universales en las personas mayores, conducen a un cambio en la consistencia de los alimentos que deben consumir. Si se pierden las piezas dentarias y deben usar prótesis, pierden

eficiencia masticatorio. Las personas mayores portadoras de prótesis tienen una disminución en la capacidad para percibir sabores, consistencia y textura de los alimentos, por esta razón, el estado de salud bucal es un condicionante de la ingesta alimentaria, pero no una causa directa de déficit nutricional. (p. 83)

Cabe decir que, los Adultos Mayores adecuan su ingesta alimentaria en términos de consistencia a su estado bucal sin importar la calidad de los alimentos en relación a sus necesidades nutricionales reales.

### **Disminución del sentido del gusto**

MedlinePlus (2018) , indica que el proceso de envejecimiento en relación al sentido del gusto en el adulto mayor experimenta deterioro del mismo que no solo le impide el disfrute de las sensaciones que provoca ese sentido, sino que puede representar un riesgo en determinadas circunstancias. Es decir, envejecer significa que los sentidos se deterioran. Ciertos factores ayudan a acelerar la pérdida del sentido del gusto, éstos incluyen enfermedades, tabaquismo, entre otros. La disminución del gusto puede reducir el interés y el placer al comer.

Hay una disminución de la cantidad de botones y papilas en la lengua y también en las terminaciones nerviosas gustativas y olfativas. Se producen además cambios en los umbrales gustativo y olfatorio. Esto lleva a una falta de capacidad para detectar los gustos dulce y salado y por lo tanto influyen en la aceptabilidad de las comidas llevando a una pobre alimentación (Soifer G, 2001), lo que puede producir exacerbaciones en la percepción de gustos salado o dulce, produciendo desagrado el consumo de ciertos alimentos que son percibidos como excesivamente dulces o salados, así también en estado de descomposición.

### **Disminución del sentido del olfato**

Al igual que el gusto, el olfato es un sentido químico que es estimulado por sustancia volátiles presentes en los alimentos, los odorivectores. El sentido del olfato está localizado en las fosas nasales, una región diferenciada de la mucosa que tapiza la cavidad nasal (Soifer G, 2001).

En el epitelio del área olfatoria se encuentran los receptores olfatorios, que son neuronas bipolares cuyas prolongaciones dendríticas se introducen entre los espacios que limitan las células de sostén. De estas prolongaciones emergen un número variable de cilias olfatorias en contacto con una interfase acuosa de secreciones (mucus). El envejecimiento puede alterar estas neuronas disminuyendo o incrementando las percepciones de los olores.

La asociación del gusto y el olfato generan la sensación del sabor, una de las más poderosas sensaciones en la elección de los alimentos. El adulto mayor puede tener distorsiones del sabor de los alimentos, disminuyendo la apetencia de algunos de ellos y perdiendo así el consumo de ciertos nutrientes. Por eso es importante saborizar ciertos alimentos fundamentalmente para para el estado nutricional con olores aceptablemente percibidos por el anciano.

### **Factor socioeconómico y la afectación del consumo de alimentos en el adulto mayor**

Como investigador considero que la situación socioeconómica del adulto mayor está bastante comprometida. Las pensiones son de poco poder adquisitivo y no les alcanza para la compra de alimentos. Las políticas compensatorias que ofrece el Estado no cubre sus necesidades y la forma de implementarse no son las más apropiadas, a esto se le suma la escasez, el desabastecimiento y el incremento desmedido de la inflación, que hacen que la alimentación del mismo esté severamente comprometida.

Para Pérez (2007), desde el punto de vista social el adulto mayor debe cambiar el papel que es considerado normal en la evolución del ser humano con sus diferentes pasos que va desde joven, adulto productivo al de abuelo y jubilado; por ello el estatus económico y social obtenido en la vida adulta por el puesto de trabajo que se desempeñó, tiene repercusiones en la jubilación y pensión, para prevenir complicaciones de cara a la jubilación del adulto mayor.

Esta situación de menoscabo del ámbito económico del adulto mayor lo convierte en una persona vulnerable ante la sociedad, en caso de no contar con apoyos familiares, sociales, “la suma de la situación económica con el tiempo se agravará aún más por la imposibilidad de contar con el respaldo familiar” (Treviño-Siller 2006).

### **Dependencia familiar**

El concepto de dependencia según López (2005), se refiere:

Al estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para él. (p. 87)

Por esta razón, el cuidado que las personas brindan a los A.M, especialmente cuando éstos son dependientes, es fundamental. Por lo tanto, el adulto mayor con dependencia requerirá de una red de apoyo social y familiar para garantizar una alimentación equilibrada, sobre todo si vive solo en casa, pues la preparación de la comida le puede causar cierta dificultad, y esta situación deriva en una nutrición deficiente.

### **Compra de alimentos de la dieta diaria**

Para López (2005), la compra de alimentos de la dieta diaria por parte del adulto mayor, se ha visto interrumpida por la escasez, el desabastecimiento e incremento de precios, lo que ha ocasionado que el mismo tenga una mala alimentación, por cuanto se ha visto en la necesidad de sustituirlos por otros de menor valor nutricional. Ante este escenario la dieta diaria del adulto mayor dependerá de la variedad de los productos, acceso y estabilidad de los precios, lo que ha traído como consecuencia modificación en sus hábitos alimenticios.

### **Compra de alimentos de su preferencia**

López (2005), afirma que:

Muchos adultos mayores presentan carencia de recursos económicos y/o bajos ingresos que no le permiten la compra de alimentos de su preferencia que algunos víveres, seleccionados por ellos no contienen los requerimientos importantes para una buena alimentación, que contengan los grupos de alimentos básicos de acuerdo a los parámetros del Instituto Nacional de Nutrición, es por todo lo expuesto que los AM a su edad, se han visto en la necesidad de adquirir solo los que estén al alcance de sus posibilidades, esto ha traído como consecuencia que el adulto mayor no consuma los nutrientes necesarios para mantenerse saludable. (p.398)

En la vejes es imprescindible mantener un estado nutricional adecuado para aumentar la longevidad y mejorar la calidad de vida.

### **Participar en la compra de alimentos para la dieta diaria con la familia**

López (2005), recomienda que “la familia a la hora de adquirir alimentos se reúna con el adulto mayor para conocer su opinión, gustos y preferencias y tratar de compaginar con ellos datos con la dieta diaria, los menús y el presupuesto establecido”.

(p.87). También hay que tomar en consideración que éste tiene distintas necesidades de nutrientes debido a su edad, a la poca actividad que realiza entre otros factores; por lo que las comidas deben suministrar una cantidad adecuada de alimentos para garantizar que el adulto mayor reciba todo lo necesario a fin de satisfacer sus requerimientos nutricionales.

### **Consume solo alimento que consume el grupo familiar**

Olaizola C, Esté M, Tapia M, Carmona A, y Emaldi U. (2006) señalan que:

La alimentación en el adulto mayor es tan importante como en las demás etapas de la vida, razón por la cual debe consumir una alimentación balanceada para aminorar o prevenir enfermedades comunes como el sobrepeso, la diabetes, la hipertensión, la osteoporosis y la insuficiencia renal, entre otras, así como responder a las necesidades de consumo en caso de que éste padezca ya alguna enfermedad. (p.281)

Por lo que es significativo que la familia a la hora de consumir los alimentos tome en consideración el estado de salud del adulto mayor, el cual por su condición debe comer una variedad de cada grupo de alimentos lo que le ayudará a obtener los nutrientes que necesita.

### **Consume solo alimentos que le proporcionan los amigos**

Una nutrición adecuada no siempre es fácil de lograr, menos aun cuando se come solo alimentos que proporcionan los amigos, en forma rápida y se tiene poco tiempo para la preparación y selección de los mismos. Los trastornos alimenticios o enfermedades nutricionales se originan cuando la dieta es incompleta. En otras palabras, se originan cuando no se está ingiriendo alimentos de todos los grupos, por lo tanto, la ingesta no es equilibrada, no hay una cantidad adecuada de nutrientes en relación con las necesidades del cuerpo. Una alimentación desequilibrada pueden

causar enfermedades nutricionales por déficit o por exceso en el aporte de una o varias sustancias nutritivas, y sus efectos van desde la desnutrición hasta la obesidad.

### **Ayudas socioeconómicas**

La Organización Internacional del Trabajo, (OIT, 2002:1), en la vejez se incrementan las probabilidades de experimentar un deterioro económico cuyo impacto puede poner en riesgo la supervivencia de las personas adultas mayores, además de que la oportunidad de obtener ingresos dignos ya sea por su trabajo, su pensión o jubilación, lo cual está estrechamente ligada con su inclusión social, por lo que, sin duda la atención de sus necesidades económicas es un área prioritaria que la sociedad, el gobierno y, sobre todo, los encargados de realizar políticas públicas deben tener muy en cuenta para poner en marcha acciones que garanticen un bienestar integral de este sector de la población.

### **Pensiones**

Una pensión, en relación con el seguro social o a la seguridad social, es un pago, temporal o de por vida, que recibe una persona cuando se encuentra en una situación, establecida por ley en cada país. (Declaración Universal de los Derechos Humanos, en Naciones Unidas).

En este sentido, Tremont, A. (1996), afirma que "...las pensiones son prestaciones en dinero causadas por el derecho adquirido en base a la cotización aportada por el trabajador, se le considera un mecanismo de redistribución de los activos, también se le señala como un diferido" (p. 86). En efecto, la pensión le permite a los trabajadores, habiendo laborado en un período de su vida, y previo cumplimiento de algunos requisitos de ley, obtener prestaciones dinerarias, que traten de cubrir la pérdida de ingresos por no continuar laborando.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, establece en su artículo 80 que: “las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano”. (pág. 27). Es decir, las pensiones y jubilaciones otorgadas serán con montos equiparados al salario mínimo.

### **Jubilación**

En Venezuela, desde el punto de vista jurídico/legal, toda persona que esté o haya trabajado en organismos o entes públicos o privados y cumpla con requisitos de edad y años de servicio, para hacerse acreedor del beneficio de jubilación, podrá solicitarlo para que le sea pagada una pensión. Es decir, un pago fijo y periódico, hasta la fecha de su muerte que le sirva para satisfacer sus necesidades básicas y las de su familia. El beneficio de Jubilación en Venezuela es un derecho constitucional, irrenunciable. El Artículo 80 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela sobre los derechos de progresividad, intangibilidad e irrenunciabilidad de los beneficios sociales y con él la jubilación, todo lo cual le proporciona a la persona que desempeña o ha desempeñado algún cargo, una pensión como recompensa por los servicios prestados.

### **Estilo de vida saludable**

Mansilla, et. al, (2011), refiere que en la etapa adulta, todo ser humano puede optar por diferentes estilos de vida, esto influirá claramente en el desarrollo y bienestar del organismo ya que, mientras más saludable y mayores cuidados tengan, mejor calidad de vida se obtendrá, así como también mejores condiciones para enfrentar el periodo de la vida que le sigue; la etapa adulta mayor.

El Estilo de Vida Saludable según Reyes (2008), se entiende como: “Los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral”. (p.232). Por lo tanto, un estilo saludable está sujeto a las

modificaciones del comportamiento que facilita el cambio de la persona hacia un modo de vida más saludable. Además, es concebido como: “Una forma de vida, con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve”. (p.232). Cabe decir, que los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar del individuo. Dicho estilo de vida saludable ideal prosigue el autor, “es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de auto cuidado, que contrarrestan los factores nocivos”.(p.232); por lo tanto, para alcanzar dicho estilo de vida saludable sólo es posible cuando se cuenta con los conocimientos, se tiene la oportunidad y ante todo, la voluntad de hacerlo, que es lo que en realidad determina el auto cuidado del individuo. “El auto cuidado son las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que se presentan” (p. 232).

Es decir, el autocuidado es indispensable para la vida y si falta produce la enfermedad o la muerte; de alguna u otra manera es aprendido por todos los seres humanos, quienes lo realizan según sus patrones socioculturales individuales como las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo.

Además, continúa este mismo autor, en el auto cuidado, la educación es un aspecto importante, puesto que a través de ella se pueden modificar conductas inadecuadas, fomentando comportamientos de vida sana. Por tal razón la adopción de estilos de vida saludables está ligado al concepto de educación en salud, que para la OMS es “un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas de estilos de vida saludables”. En efecto, los estilos de vida saludable son un estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada

dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, tal vez el momento clave o el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por una declaración de la organización mundial de salud, para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo.

Cabe decir que, los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida:

Seguridad social en salud y control en factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, stress y algunas patologías como hipertensión y diabetes. Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales y recreativos Además debe ser prioridad dar a conocer a la población los efectos positivos de llevar un estilo de vida saludable, ya que con ello se puede estimular a los adultos mayores a ponerlo en práctica. El tema de estilos de vida saludable, va incorporado o va de la mano a la salud preventiva que es la encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Esta prevención primaria comprende:

### **Promoción de la salud**

Sobre Promoción de la salud, Brunner y Suddarth (2002), la definen como: "El conjunto de actividades que, al acentuar los aspectos positivos, ayudan a que la persona desarrolle los recursos que conservan o mejoran su bienestar general, así como su calidad de vida". (p.732). Cabe destacar, que el propósito de la promoción de la salud es hacer énfasis en el potencial de bienestar de la persona y alentarla para que

modifique sus hábitos personales, estilos de vida y ambiente, de manera que sea posible el mejoramiento de su salud y bienestar general.

Para Godoy (1999) “la promoción de la salud en el caso de los adultos mayores tiene la finalidad última de reducir las enfermedades, sus secuelas y las muertes prematuras, así como de preservar la función y la calidad de vida”. (p.61). Se observa claramente que el objetivo de la promoción de la salud está dirigido a la protección, mantenimiento y mejoría de la salud del adulto mayor.

Centrándonos en los adultos mayores, si lo que verdaderamente se pretende es prevenir la aparición de la enfermedad y la discapacidad, los esfuerzos preventivos deben comenzar precozmente en la vida. En las primeras etapas de ésta es cuando se inician muchas de las enfermedades que luego se harán crónicas y degenerativas, como la arteriosclerosis, el cáncer y otras, de forma que si se mantienen unos hábitos de vida saludables durante toda la vida se garantiza una vejez sana.

Como señala Elder (2004): diferentes tipos de intervenciones preventivas en los adultos mayores pueden ser eficaces para reducir o retrasar la enfermedad y la discapacidad. Los programas de promoción de la salud para la población A.M, tienen la capacidad potencial de mejorar la salud de este colectivo. Además, la intervención psicosocial con los mismos y cuidadores a través de actividades de educación para la salud grupales, la formación de grupos de ayuda mutua o la realización de actividades de voluntariado pueden tener grandes beneficios en la mejora de la calidad de vida de los mayores.

### **Consultas médicas de control periódico**

Estudios científicos demuestran que la calidad de vida del adulto mayor mejora cuando estos se someten a controles médicos periódicos. De esta manera es posible controlar las posibles enfermedades o dolencias, así como aconsejarlos para que

puedan realizar determinadas actividades físicas o sigan algún tipo específico de dieta que permita mejorar su día a día. (Santillana, 2013). Asistir al control médico periódicamente, es importante ya que en un control anual permite dar un mejor seguimiento del estado de salud del adulto mayor.

En este sentido, Pérez y Kaufer (2013) mencionan que:

Las personas, a lo largo de su vida, deben asistir al médico a realizarse los controles correspondientes a su edad y necesidades. Al llegar a una edad avanzada estas visitas deben aumentar su periodicidad, ya que el sistema inmunológico de un adulto mayor es más débil y este es más proclive a contraer determinadas enfermedades o sufrir algunas insuficiencias en su organismo.

Por ello, el adulto mayor debe acudir anualmente a un chequeo médico con el propósito de prevenir y/o evitar enfermedades propias de la edad. En la consulta médica, no solo se realiza una evaluación física y orgánica del adulto mayor, sino que se hace un estudio a nivel psicológico y social, para asegurarse de que la salud mental también esté en buen estado, siendo tan importante como la salud física.

De acuerdo con Pérez y Kaufer, es importante cuidar la memoria del adulto mayor y asegurarse de que éste tenga suficiente actividad intelectual. Un buen estado mental favorece a mantener un buen estado físico y por lo tanto anímico, lo que lleva a una mejor calidad de vida y por lo tanto a vivir más años.

Finalmente, es de suma importancia que el adulto mayor acuda a la consulta médica siempre acompañado de algún familiar cercano para recibir apoyo y acompañarlo durante su tratamiento médico y a la vez recordarle la importancia del cumplimiento de las prescripciones para el éxito de la terapia.

## **Cumplimiento de prescripciones terapéuticas**

Según Haynes (2002) se define como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. (pp. 1-7)

El cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. Para Amigó (1998), “El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad”. (p.229). Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones. (Bayés, 2000)

Por otro parte, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.

## **Educación para la Salud**

Reyes, Abalo y Labrada (1999) afirman que “promover la salud significa educar, es decir, instaurar en la población un comportamiento que haya demostrado ser realmente efectivo para una salud óptima” (p.182); lo que requiere formar nuevas conductas, modificar actitudes, fortalecer motivos especiales y fomentar creencias favorables

mediante diferentes tipos de relaciones funcionales: formulaciones verbales, campañas, desempeños efectivos, trabajo en grupo, intermediación en centros laborales, intersectorialidad, entre otros, que propicien la condición de salud, pero que además definan cómo esos comportamientos se han de instaurar.

Como puede observarse la promoción de la salud en los adultos mayores va dirigida a mejorar y mantener la salud en él más alto nivel de función y con la meta de la mayor independencia posible. Es clave en la intervención la educación y la promoción del cuidado de sí mismo.

### **Exámenes de laboratorio**

Procedimientos médico periódico en el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo para diagnosticar y tratar en forma oportuna las enfermedades crónicas degenerativas, prevenir sus complicaciones y cuando se requiera proceder a la rehabilitación de secuelas y discapacidades.

### **Pruebas de laboratorio**

El médico al seleccionar las pruebas de laboratorio obtiene la información necesaria para conocer el estado “químico” del adulto mayor. Anualmente es recomendable e importante monitorear el estado de salud de éste con las pruebas de laboratorio de rutina. En otras palabras, a través de las pruebas básicas de laboratorio se puede detectar en forma temprana y tratarse más fácilmente cualquier enfermedad que presente el adulto mayor.

## **Prevención y control de conductas adictivas**

La prevención se refiere al conjunto de acciones que permiten evitar el consumo de alcohol y tabaco, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños que ocasiona el uso de estas sustancias en el adulto mayor.

### **Consumo de alcohol**

El consumo de alcohol en personas de la tercera edad representa un problema de salud pública difícil de diagnosticar, pues la mayoría de los pacientes viven y beben solos, además de que los síntomas de alcoholismo se atribuyen erróneamente al envejecimiento. Se considera que éste es una droga peligrosa, porque es fácil de conseguir. (Griffith, 2006). Por otra parte, las personas de edad avanzada presentan patrones de consumo diferentes a los jóvenes, ya que suelen beber diariamente y en cantidades menores, pero con consecuencias más graves sobre órganos y sistema nervioso. Ésto se debe al deterioro del organismo propio de la edad, enfermedades crónicas e interacciones con medicamentos. Al respecto es importante señalar que la interacción entre medicamentos y el alcohol es, fundamentalmente, la modificación de los efectos de uno por causa del otro, lo que es muy peligroso.

Es conocida la asociación del consumo de alcohol con la aparición de diferentes enfermedades como la cirrosis del hígado, o determinados tipos de cáncer en los adultos mayores. Al igual que los accidentes y caídas que tienen su origen en la coordinación defectuosa causada por la concentración elevada de alcohol en la sangre y la osteoporosis se combinan para producir traumatismo y fracturas (Secretaría de Salud de México, 2002). En relación con este último, es importante conocer como el alcohol a semejanza de otras drogas puede afectar la función motora del adulto mayor haciéndolo vulnerable a caídas y por ende a sufrir de fracturas que lo pueden conducir a una discapacidad prolongada por deterioro de la movilidad.

Dentro de este marco se refiere que el número de fracturas de cadera entre adultos mayores aumenta con el consumo de alcohol (Celis, 2004). Ciertamente, las fracturas de cadera son consecuencia de las caídas producidas por el consumo de alcohol pero también por el efecto que produce éste ya que interfiere en la capacidad del cuerpo de absorber el calcio, resultando que los huesos sean débiles, quebradizos y más delgados.

Por otra parte, el uso y el abuso de alcohol pueden causar desnutrición porque el mismo reemplaza calorías y la gente que ya come poco, come menos. Junto con esto, se produce un bloqueo de absorción de vitaminas y, por lo tanto, un déficit, especialmente de vitamina B. Además, los adultos mayores alcohólicos tienen más probabilidades de sufrir hipotermia, porque como esta sustancia produce vasodilatación, no sienten frío, pero pierden calor. (Marín, 2000).

Finalmente, el uso nocivo del alcohol puede pasar desapercibido en los adultos mayores, tanto por el estigma asociado con éste uso como porque los profesionales de la salud pueden confundir los síntomas de un desorden por uso de alcohol con los cambios vinculados a la edad o a temas de salud mental. Los profesionales de la salud deben hacer seguimiento regular con los adultos mayores por consumo de alcohol, y deben darles asesoramiento en el manejo de los desórdenes vinculado, sólo o en combinación con otras condiciones crónicas. La información y educación de las personas mayores sobre el consumo de alcohol y sus efectos sobre su salud mental y física puede ser efectiva.

### **Consumo de tabaco**

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. (OMS).

El tabaco actúa elevando la cantidad de neurotransmisores, pero al mismo tiempo disminuye la circulación de la sangre por el cerebro y el corazón y bloquea los impulsos nerviosos de la médula espinal. Según estudios científicos permiten establecer que cada cigarrillo consumido por un fumador habitual reduce a 9 minutos su vida, ya que los fumadores como promedio viven 15 años menos que los que logran alcanzar las personas no fumadoras.(Martín, 2005). El tabaco reduce el promedio de las expectativas de vida entre siete y ocho años. Un interesante cálculo pretende que, en promedio, cada cigarrillo reduce la vida del fumador entre siete y once minutos.

En el caso de los adultos mayores, el consumo de tabaco es más perjudicial ya que no solo limita su esperanza de vida, sino que además aumenta el riesgo de demencia y Alzheimer. Tal y como informa la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), los efectos del tabaco en las personas mayores son más devastadores que en una persona joven, ya que su estado de salud suele ser peor, lo que les hace más vulnerables a los efectos negativos del mismo. Se calcula que el 20% de las personas mayores padecen EPOC debido al tabaco y a otros hábitos perjudiciales.

Según Ribera, (2010) catedrático emérito de Geriátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, señala las afecciones que se relacionan con más frecuencia con el hábito de fumar son el deterioro del sistema cardiovascular y, especialmente, del aparato respiratorio, y el desarrollo de diversos tipos de cáncer (boca, pulmón, laringe, lengua, esófago, estómago, vejiga...).

Los efectos nocivos derivados del tabaco, explica Ribera: “se incrementan e intensifican en las personas mayores, porque presentan peores condiciones físicas, como alteraciones en el aparato respiratorio o arteriosclerosis, por lo general llevan fumando ya mucho tiempo y los perjuicios ocasionados por esto se acumulan con el tiempo”. (p.68)

## **Actividad Física**

La actividad física, es definida por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2005) como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia”. (p.58).

Con el incremento de la edad en la población adulta mayor disminuye la frecuencia de realizar actividad física, por lo cual se incrementa el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, mucho más en este grupo etario. Es decir, al realizar menos ejercicio físico, existe en los ancianos una importante reducción del nivel de actividad, lo que ocasiona una menor ingesta de alimentos productores de energía que contiene sobre todo grasas e hidratos de carbono. Hay pruebas de que a partir de los 70 años la ingesta calórica media del individuo es menor y de que la mayoría de los ancianos a partir de esta edad tiende a perder peso. (Manual Merck de Geriatria, 1999).

Cabrera, (2008), Santos y Cando (2015) expresaron que en la etapa adulta mayor es necesario adquirir hábitos apropiados, que permitan vivir de una forma adecuada, realizando actividad física y recreativa que permita mejorar la calidad de vida. Según Osorio, Torrejón, Meersohn y Anigstein (2011) mencionaron a la percepción del estado físico o la salud, como ausencia de enfermedad.

Del mismo modo, Durán (2013) refirió que es la capacidad para realizar actividades de la vida diaria que incluye el autocuidado, la atención y cuidado de la propia persona. (p.329). Por otro lado, en la Teoría de la Actividad o Envejecimiento Exitoso se menciona que para vivir una jubilación y un envejecimiento exitoso existe una condición fundamental que es el mantenerse activo, señala que es fundamental que los adultos se puedan dedicar a otras actividades, pero ello dependerá del estilo de vida practicado anteriormente, la mayoría de los adultos mantiene una necesidades de aumentar los diferentes niveles de actividad en lo físico, mental y social (Pérez, 2014).

Con base en los planteamientos anteriores parece existir una relación entre la práctica regular y gradual de una actividad física y una mejoría y bienestar y la satisfacción por la vida. Por este motivo, la actividad física es una fuente importante de salud y de mejoramiento de las cualidades orgánicas de las persona

### **Limpieza del hogar**

Las tareas del hogar no son un ejercicio sino una actividad física que puede ayudar al adulto mayor para cumplir con una parte de las necesidades de ejercicio y movimiento que su cuerpo requiere para verse más saludable.

### **Barrer**

El barrer le permite al adulto mayor tonificar los abdominales apretando los músculos del estómago y siempre manteniendo la espalda derecha.

### **Limpieza de muebles, cocina y nevera**

Este tipo de actividades suelen ser realizadas por el adulto mayor ya que las mismas no requieren de grandes esfuerzos. Éste puede aprovechar el momento de la realización de las mismas para moverse de un lado a otro, lo cual es muy beneficioso para mantener las articulaciones en buen estado de salud.

### **Cocinar**

Se define como preparar un alimento para que quede listo para ser comido, especialmente cuando se somete a la acción del fuego o de una fuente de calor.

### **Seleccionar los alimentos**

La selección de alimentos se debe hacer con el objetivo de conseguir lo mejor para la salud y bienestar del adulto mayor. También se debe tomar en consideración las afecciones que afectan la salud de éste, de lo cual dependerá la selección de alimentos con las que se elaborarán las comidas, el tipo de consistencia y el fraccionamiento.

### **Forma de cocción de los alimentos**

La forma de cocinar los alimentos es muy importante desde el punto de vista nutricional, ya que según el método utilizado se pueden aumentar, disminuir o incluso destruir algunos nutrientes. Aranceta, Maíz, Martínez, Ortega, et al; (2016) comentan que las mejores formas de guisar los alimentos son: al horno, a la plancha o hervidos. Conviene evitar los fritos ya que producen sensación de plenitud y frecuentemente se digieren con dificultad.

### **Preparar los alimentos**

Los adultos mayores que tienen dificultades para la masticación, la trituración es el mejor método de preparar los alimentos. La carne se puede triturar en casa o sustituirla por carne picada, hamburguesas, albóndigas, entre otros. También se pueden triturar las verduras o darlas como zumos (p.e., tomate, zanahoria, entre otros). Algunas frutas se preparan en forma de compota o de zumos. A veces el adulto mayor deberá recurrir a mezclar los alimentos en forma de puré para facilitar la deglución y conseguir una dieta equilibrada nutricionalmente. En ocasiones interesa enriquecer los purés con derivados de leche (queso, bechamel, entre otros). (Mataix, 2002).

### **Jardinería**

La actividad física es uno de los pilares para mantener una buena salud, lo cual es indispensable durante la vejez; sin embargo, los adultos mayores deben tener cuidado

con no desgastar sus huesos y músculos al hacer ejercicio, por lo que actividades de baja intensidad pero de extendida duración como la jardinería, son las mejores opciones para ellos.(Jardineria.net/actividad-fisica-en-la-jardineria)

Es evidente entonces que, la actividad física de la jardinería involucra manipular herramientas y plantas con precisión y movernos de un lugar a otro, lo cual es muy benéfico para mantener las articulaciones del adulto mayor en las condiciones óptimas, prevenir la osteoporosis y reducir los problemas ligados a reumas, además crea un sentido de organización y motivación. Ésta es una ocupación que requiere planeación, observación y una rutina de actividades muy bien definidas. Estas características motivan a los adultos mayores, ya que pueden enfocar sus energías en proyectos que requieren de su participación y que pueden desarrollar con nuevas ideas y disciplina. (Mantilla, 2013).

De acuerdo con el planteamiento anterior, la jardinería permite que múltiples áreas del cuerpo se muevan al agacharse o doblarse, por lo que ayuda a mejorar la condición física y las habilidades motoras. Además, mejora la resistencia e incrementará la fuerza muscular al realizar actividades como quitar las malas hierbas y cavar en la tierra. Asimismo, ayuda a prevenir o reducir los problemas de enfermedades como la osteoporosis al beneficiarse del ejercicio. Del mismo modo, ayuda a reducir los niveles de estrés, lo que le permite relajarse con más facilidad y descansar mejor. En igual forma, ayuda a mejorar la agudeza mental debido a que esta actividad se realiza al aire libre y requiere que el adulto mayor se encuentre activo y concentrado. Igualmente, proporciona interacción social con los vecinos o con los transeúntes. Al mismo tiempo, genera una sensación de satisfacción al sentirse útil realizando una actividad, incluso si su cuerpo está fallando en otras áreas.

### **Limpieza del jardín**

Según la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la denominada actividad física incidental o no estructurada de las tareas domésticas resulta benéfica para el desarrollo cognitivo de los adultos mayores. El ejercicio leve aplicado a labores como la limpieza del jardín es tan eficaz para la salud cerebral de la tercera edad como lo sería una rutina de ejercicios físicos.

### **Regar las plantas**

Para regar las plantas, el adulto mayor deberá llevar un recipiente grande y siempre colocar el cuerpo en forma descendente con la espalda recta, es importante para evitar dolores por mala postura.

### **Plantar y Abonar**

Actividades como plantar una maceta y aplicar abono requiere mucha atención por parte del adulto mayor, además de memoria para recordar detalles sobre el cuidado específico de cada planta. Esto mantiene al cerebro sano y activo.

### **Teoría de Enfermería de Nola Pender "Modelo de Promoción de la Salud"**

El su Modelo de Promoción de la Salud N. Pender planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. (Gómez, 2015). Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que

da como resultado la participación en conductas que favorecen la salud cuando existe una pauta para la acción.

De acuerdo al planteamiento anterior, se considera que el modelo de promoción de salud de Nola es una meta teoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. (Duncan, 2015)

Finalmente, el modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

### **2.3 Bases Legales**

Están constituidas por el conjunto de documentos de naturaleza legal que sirven de testimonio referencial y de soporte a la investigación que realizamos. Como lo expresa Martins (2003), "...la fundamentación legal o bases legales se refiere a la normativa jurídica que sustenta el estudio. Desde la Carta Magna, las Leyes Orgánicas, las resoluciones, decretos, entre otros". (p.94).

#### **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, 17 de Noviembre de 1999**

**Artículo 80.** El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida.

Las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano. A los ancianos y ancianas se les garantizará el derecho a un trabajo acorde con aquellos y aquellas que manifiesten su deseo y estén en capacidad para ello.

**Artículo 86.** Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que asegure y garantice protección en las contingencias que se suscitan en la vida familiar y en cualquier circunstancia de previsión social. Este artículo contempla el derecho a los beneficios de la seguridad social ante la contingencia de vejez.

**La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS) promulgada el 30/12/2002**

### **Sistema Prestacional de Previsión Social**

**Artículo 21,** comprende los siguientes Regímenes Prestacionales: El Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas: “Tiene por objeto garantizarles atención integral, a fin de mejorar y mantener su calidad de vida y bienestar social bajo el principio de respeto a la dignidad humana”

### **Artículo 58.**

Las prestaciones que otorgará son las siguientes: Asignaciones económicas permanentes o no, para los adultos mayores con ausencia de capacidad contributiva (pensiones no contributivas de carácter asistencial); participación en actividades laborales acordes con la edad y estado de salud; atención domiciliaria de apoyo y colaboración a los adultos mayores que así lo requieran; turismo y recreación al adulto mayor; atención

institucional que garantice alojamiento; vestido, cuidados médicos y alimentación a los adultos mayores; asignaciones para personas con necesidades especiales y cargas derivadas de la vida familiar; y cualquier otro tipo de programa o servicio social que resulte pertinente de acuerdo con la ley respectiva.

Según este artículo este Régimen Prestacional se financiará con recursos fiscales y con los remanentes netos de capital "... mediante la progresiva unificación de las asignaciones presupuestarias existentes en los diversos órganos y entes, y el diseño de mecanismos impositivos para este fin" (Artículo 61). Cumplirá sus funciones a través del Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología (INAGER), bajo la rectoría del ministerio con competencia en servicios sociales al adulto mayor y otras categorías de personas (Artículo 62).

## **Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. Vigencia 2008**

### **Capítulo VIII**

**La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad.**

**Artículo 43.** Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizarle un mejoramiento de la calidad de vida. Este artículo se refiere al cuidado que la enfermera debe prestar tanto al anciano enfermo como sano con el propósito de mantener su independencia, promoviendo su autocuidado con el fin de garantizarle mejor calidad de vida.

## **2.4 Definición de Términos Básicos**

Consiste en dar el significado preciso y según el contexto a los conceptos principales, expresiones o variables involucradas en el problema formulado. Según Tamayo (2003), la definición de términos básicos "es la aclaración del sentido en que se utilizan las palabras o conceptos empleados en la identificación y formulación del problema." (p. 78).

### **Actividad física:**

Es el nivel que comprende las actividades que implican movimientos corporales realizados dentro de la ocupación y el tiempo libre del adulto mayor que dan como resultado un gasto de energía, expresados en MET, que es la unidad de medida del metabolismo basal.

### **Autonomía:**

Capacidad de valerse por sí mismo. Condición en la que el individuo es capaz del control sobre labores cotidianas.

### **Capacidad funcional:**

Capacidad de la persona para hacer de manera independiente o autónoma las actividades más o menos complejas que componen nuestro quehacer cotidiano

### **Demencia:**

Trastorno mental orgánico caracterizado por una pérdida progresiva de las facultades intelectuales. Enfermedad crónica que origina deterioro de las facultades psíquicas como son la memoria, la capacidad de pensar con lógica, la capacidad de aprender y recordar; así como de planificar y controlar los actos. Se acompaña de cambios afectivos y emocionales que alteran la convivencia.

**Dependencia:**

Estado en el que se encuentran las personas que precisan de asistencia o ayudas para realizar las actividades de la vida diaria, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual

**Discapacidad:**

Dificultad o imposibilidad para realizar una o más actividades de la vida cotidiana. Aunque hay personas que nacen con alguna discapacidad, muchas otras ven que la disminución de las capacidades físicas o mentales se produce de forma natural con el tiempo o bien como resultado de accidentes o enfermedades.

**Fragilidad:**

Situación de mayor vulnerabilidad que implica un mayor riesgo de sufrir enfermedades y un deterioro funcional.

**Sedentarismo:**

Se entiende como la ausencia de la actividad física necesaria para que el organismo se mantenga en estado saludable. Cuando la actividad física regular es inferior a 30 minutos al día y menos de 3 días a la semana.

**2.5 SISTEMAS DE HIPOTESIS.****Hipótesis general:**

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en sus factores régimen alimenticio y socioeconómico y su estilo de vida saludable, en sus factores promoción de la salud y actividades físicas.

**Hipótesis específicas.**

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor régimen alimenticio y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor promoción de la salud

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor régimen alimenticio y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor actividades físicas.

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor socioeconómico y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor promoción de la salud.

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor socioeconómico y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor actividades físicas.

**2.6 Operacionalización de Variables**

Es un proceso metodológico que consiste en descomponer deductivamente las variables que componen el problema de investigación, partiendo desde lo más general a lo más específico; es decir que estas variables se dividen (si son complejas) en dimensiones, áreas, aspectos, indicadores, índices, subíndices, ítems; mientras si son concretas solamente en indicadores, índices e ítems. (Carrasco, 2006)

### Operacionalización de las variables

Variable 1 Factores que influyen en la alimentación del adulto mayor

Concepto operacional: Son todos aquellos elementos que contribuyen a la Buena Alimentación del adulto mayor, para obtener resultados que favorezcan la transformación o cambios en su estilo de vida, relacionados con Régimen alimenticio y factor socioeconómico.

FACTOR	INDICADOR	SUBINDICADOR	ITEMS
<p><b>Régimen alimenticio:</b></p> <p>Conjunto de medidas dietéticas destinadas a restablecer o conservar la salud del adulto mayor y prevenir la aparición de enfermedades.</p> <p>Referidos hábitos alimenticios y cambios fisiológicos.</p>	<p><b>Hábitos Alimenticios:</b></p> <p>Son aquellas prácticas de consumo de alimentos por medio de las cuales los adultos mayores seleccionan su alimentación en función de mantener una buena salud, que incluye la preparación de alimentos, combinación de alimentos y horarios de consumo de alimentos</p> <p><b>Cambios Fisiológicos:</b></p> <p>Los cambios que se producen en el proceso de envejecimiento podrían influir en las necesidades nutricionales del adulto mayor. Como los que se dan en :</p> <p>- La boca</p>	Preparación de alimentos	1
		Combinación de alimentos	2
		Horario de consumo de alimentos	3
		Mucosa bucal sana	4
		Dientes completos	5
		Edentula parcial	6
		Edentula total	7
		Uso de prótesis	8

<p><b>Factor Socioeconómico:</b></p> <p>Se refiere a la distribución de los ingresos que le permiten al adulto mayor adquirir los alimentos de su dieta diaria, referido a dependencia familiar, y de amigos y ayudas socioeconómicas</p>	- Gusto	Disminución en el sentido del gusto	9
	- Olfato	Disminución en el sentido del olfato	10
	<b>Dependencia familiar:</b> referido a la ayuda económica que recibe el adulto mayor de los hijos, nietos y amigos para:	Compra de alimentos de la dieta diaria	11
	Compra de alimentos de su preferencia	Compra los alimentos de su preferencia	12
	Compra de alimentos de su preferencia	Participa con los familiares en la compra de alimentos para la dieta diaria	13
	Participa con los familiares en la compra de alimentos para la dieta diaria		
	Consume solo los alimentos que consume el grupo familiar	Consume solo los alimentos que le proporciona su grupo familiar	14
	Consume solo los alimentos que le proporcionan los amigos	Consume solo los alimentos que le proporcionan sus amigos	15
	<b>Ayudas socioeconómicas.</b>		
	Se refiere a las asignaciones económicas distintas a la familiar que recibe el adulto mayor	Posee asignación de pensión	16
	Pensiones y Jubilaciones.	Jubilación	17

## Variable 2 Estilos de vida Saludable

Concepto Operacional: Se refiere a las actividades que realiza el adulto mayor para cuidar de si, en sus factores Promoción de la salud y Actividad Física.

Factor	Indicador	Sub-indicador	Ítems	
<p><b>Promoción de la Salud:</b></p> <p>Se refiere al conjunto de actividades dirigidas a disminuir la aparición de enfermedades y complicaciones en el adulto mayor, referido a consultas médicas, Exámenes de laboratorios y prevención de conductas adictivas.</p>	<p><b>Consulta Médica de control periódico</b></p> <p>Se refiere a la asistencia a la consulta Médica para mantener la salud y prevenir complicaciones en el adulto mayor referido a consulta Médica y la frecuencia de la misma.</p>	Asiste a Consulta Médica periódica	18	
		Frecuencia de asistencia a Consulta Medica	19	
		Cumplimiento de prescripciones terapéuticas	20	
		Educación para la salud	21	
	<p><b>Exámenes de Laboratorio:</b></p> <p>Se refiere a las pruebas biológicas para clarificar el diagnóstico y planificar el tratamiento del adulto mayor referido a pruebas de laboratorio de rutinas y frecuencias de las mismas</p>	<p><b>Prevención y control de Conductas adictivas</b></p> <p>Referido a los hábitos del adulto mayor de consumo de alcohol y tabaco que representan</p>	Pruebas de laboratorio de Rutina	22
			Frecuencia de pruebas de laboratorio	23
			Consume Alcohol	24
			Frecuencia	25
		Cantidad	26	
		Consume Tabaco	27	

<p><b>Actividad Física:</b></p> <p>Se refiere a la vitalidad del adulto mayor para llevar a cabo las tareas de la vida diaria en el hogar, referido a limpieza del hogar, cocinar y jardinería</p>	<p>conductas altamente riesgosas para su salud</p>	Frecuencia	28
		Cantidad	29
	<p><b>Limpieza del hogar:</b></p> <p>Se refiere a los movimientos corporales intencionados del adulto mayor para realizar las tareas en el hogar como: Barrer, limpieza de muebles, limpieza de cocina y nevera</p>	Barre	30
		Limpieza de muebles	31
		Limpieza de la cocina	32
		Limpieza de la nevera	33
	<p><b>Cocinar</b></p> <p>Se refiere a la preparación de los alimentos diariamente referido a Selección, cocción y preparación.</p>	Selecciono los alimentos	34
		Elige la forma de cocción de los alimentos	35
		Prepara los alimentos	36
	<p><b>Jardinería</b></p> <p>se refiere al cuidado de las plantas dentro del hogar</p>	Limpieza del Jardín	37
		Regar las plantas	38
		Plantar	39
		Abona sus plantas	40

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico nos presenta los procedimientos, métodos y técnicas con los cuales se realizará la investigación para lograr de una manera precisa los objetivos propuestos.

#### **3.1 Tipo de Investigación**

Se realizó un estudio descriptivo Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2006), señala que los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido análisis”. (p.102).

#### **3.2 Diseño**

El estudio se llevó a cabo apoyándose en una investigación de campo, considerada por el Manual de Trabajo de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales UPEL (2010):

El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. (p.26)

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, la investigación de campo se establece como no experimental puesto que las variables no son manipuladas,

solamente se observa el fenómeno tal y como se dio en su contexto natural, para luego analizarlo.

### **3.3 Población y Muestra**

#### **3.3.1 Población**

Una vez definido el tipo y diseño de la investigación, se describe a continuación la población o universo objeto de este estudio. Según lo señala Balestrini (2006) por población se entiende “un conjunto finito o infinito de personas, cosas o elementos que presentan características comunes y para el cual serán validadas las conclusiones obtenidas en la investigación” (p. 1); es decir, la población está constituida por el conjunto de entes en los cuales se va a estudiar el evento, y que además comparten características comunes. Para la presente investigación la población estuvo constituida por 133 adultos mayores que acuden al ambulatorio Tipo I “El Cují”, municipio Iribarren del estado Lara.

#### **3.3.2 Muestra**

Para Balestrini (2006), define la muestra como “una porción representativa de la población, que permite generalizar sobre ésta los resultados de una investigación”. (p.231). Así la muestra representará el conjunto de la población que se ha obtenido con el fin de investigar las características de la misma para que las conclusiones puedan ser aplicadas a la totalidad. Para el presente estudio se tomaron 40 adultos mayores del Ambulatorio Tipo I “El Cují” municipio Iribarren del estado Lara.

#### **3.4 Criterios de inclusión:**

- Adulto mayor de 60 años o más que asisten al Ambulatorio tipo I “El Cují”
- Adulto mayor de 60 años o más de ambos sexos.

- Adulto mayor en uso de sus facultades cognitivas.
- Adulto mayor de 60 años a más que otorgue su consentimiento para participar en el estudio

#### **3.4.1 Criterios de exclusión:**

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

#### **3.4.2 Consentimiento informado**

Se diseñó el consentimiento informado, posterior a esto se dio a conocer a los adultos mayores con el fin de solicitarles su participación en la investigación; tan pronto los mismos aceptaron contribuir con el estudio, se procedió a la recolección de la información. (Anexo C).

### **3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

La recolección de datos se refiere al uso de una gran diversidad de técnicas y herramientas que pueden ser utilizadas por el analista para desarrollar los sistemas de información, los cuales pueden ser la entrevista, la encuesta, el cuestionario, la observación, el diagrama de flujo y el diccionario de datos.

En este sentido Arias (2006) refiere que las técnicas de recolección de datos son el procedimiento o forma particular de obtener datos e información, mientras que el instrumento es cualquier recurso, dispositivo o formato que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información. (p.113). De tal manera, sostiene que son ejemplos de técnicas recolección de datos, observación directa, la encuesta en sus diferentes modalidades, el análisis documental, análisis de contenido entre otras.

Para medir la variable de los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y su estilo de vida saludable que acuden al ambulatorio Tipo I “El Cují” se utilizó como técnica la encuesta Palella y Martins, (2003), la define como “es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones interesan al investigador”...(p.111). Y el instrumento a aplicar es el cuestionario donde el mismo autor establece que “es un instrumento de investigación que forma parte de la técnica de la encuesta. Es fácil de usar, popular y con resultados directos. El cuestionario, tanto en su forma como en su contenido, debe ser sencillo de contestar”. (p.119).

Según Hurtado (2012) un cuestionario “es un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación o temática particular, sobre el cual el investigador desea obtener información” (p.469).

El cuestionario o instrumento se realizó de acuerdo a lo siguiente:

- Redacción y número de indicadores: se elaboraron una serie de indicadores, en número tal, que no afectaran a la validez y que reflejaran los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y su estilo de vida saludable.
- Redacción de las instrucciones de manera detallada y clara, a fin de que sea de fácil comprensión del grupo investigado. El instrumento tiene una respuesta a la elección de una de las dos categorías presentadas.
- El instrumento que se propone está estructurado en tres partes: la primera corresponde a los datos sociodemográficos de la población en estudio; la segunda parte con 17 Ítems relacionados con la Alimentación del adulto mayor y la tercera parte con 23 ítems relacionados a la variable estilos de vida saludable. Las interrogantes se construyeron utilizando el método de Kuder Richardson con respuestas dicotómicas (SI/NO).

### 3.5.1 Validez

La validez es la cualidad esencial que debe estar presentes en todos los instrumentos de carácter científico para la recogida de datos. En palabras de Pérez (2008), “si el instrumento o instrumentos reúnen este requisito habrá cierta garantía de los resultados obtenidos en un determinado estudio y, por lo tanto, las conclusiones pueden ser creíbles y merecedoras de una mayor confianza”. (p.71).

La validez para Hurtado (2012), “refleja la manera en que el instrumento se ajusta a las necesidades de la investigación” (p. 90) Ésta hace referencia a la capacidad de un instrumento para cuantificar de forma significativa y adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado. Es decir, que mida la característica (o evento) para el cual fue diseñado y no otra similar. En esta investigación la validez se determinó mediante el juicio de tres (3) expertos en Enfermería Gerontológica y Geriátrica de la Universidad de Carabobo. (Anexo A)

### 3.5.2 Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a diez (10) adultos mayores no pertenecientes a la muestra. Sobre este tema Hernández, Fernández y Batista (2006), señala que la prueba piloto “consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra, cuyos resultados se usan para calcular la confiabilidad inicial y de ser posible la validez del instrumento” (p. 306)

A este respecto, los autores mencionados anteriormente plantean que la confiabilidad de un instrumento “...Se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales” (p.277). Para el presente estudio los resultados se analizaron utilizando el método de Kuder Richardson, ya que permitió determinar la confiabilidad del instrumento cuyos ítems de respuestas dicotómicas tienen dos alternativas posibles de respuesta, tal como lo plantea Arias (2006) citado

por Vásquez (2011). Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. (Anexo B).

La fórmula para calcular la confiabilidad de un instrumento de recolección de datos que tenga dos (2) alternativas de respuestas es:

$$r_{20} = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( \frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

K= Número de ítems del instrumento

p = Porcentaje de personas que responden correctamente cada ítem.

q = Porcentaje de personas que responden incorrectamente cada ítem

$\sigma^2$  = Varianza total del instrumento

De acuerdo a los resultados obtenidos y con base en la interpretación de los mismos, utilizando para ello la escala arriba expuesta, se evidencia que un coeficiente de confiabilidad como el obtenido (0,95) para la primera variable y (0,83) para la segunda Variable.

### 3.6 Presentación de los Resultado

Con la información obtenida se construyó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007, las variables fueron analizadas utilizando estadística descriptiva determinando distribuciones y porcentajes con la aplicación del programa Epi Info versión 3.5.1 como manejador de bases de datos.

Para los análisis de significación estadística de las asociaciones planteadas, se utilizó el procedimiento estadístico de la t de Student para muestras pareadas, teniendo como criterio de error un 5% ( $p < 0,05$ ). Este análisis se efectuó sobre los indicadores y la variable, tal como están descritos en la operacionalización de las variables.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSION DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta la discusión y análisis de los resultados de la investigación. Para ello se realizó el procesamiento de la información, comenzando por mostrar en cuadros de frecuencias las características sociodemográficas de los adultos mayores. Posteriormente, se muestra la puntuación promedio de las variables Factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y de Estilos de vida Saludable, con referencia a los factores que las constituyen.

Las puntuaciones se obtuvieron dando un punto a cada respuesta CORRECTA a los ítems del cuestionario y cero (0) a la ERRADA. En función de las puntuaciones obtenidas, se calculó la media para cada factor y la variable, para proceder a establecer las diferencias entre las variables antes citadas según las puntuaciones obtenidas por el grupo de estudio y a su vez la significación estadística de las diferencias utilizando la prueba de t de Student para muestras relacionadas (antes y después).

El porcentaje de significación que se fijó es de menos de 5% ( $P < 0,05$ ), para la comprobación de las diferencias como significativas o no, de las puntuaciones promedios obtenidas por el grupo de adultos mayores, a fin de verificar las hipótesis de la investigación.

La información presentada, según lo explicado anteriormente, se expresa en Cuadros y también en las gráficas estadísticas correspondientes a cada tipo de información.

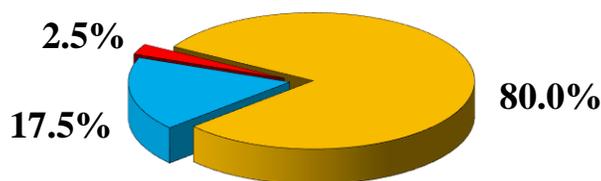
**CUADRO 1****FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD  
AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

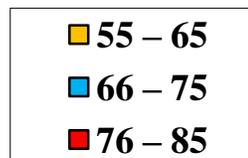
EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (%)
55 – 65	32 (80,0)
66 – 75	7 (17,5)
76 – 85	1 ( 2,5)
TOTAL	40 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

La mayoría del grupo investigado de adultos mayores tienen una edad comprendida entre 55 a 65 años (80,0%), mientras que de 66 a 75 años son el 17,5% y hubo uno solo de edad comprendida entre 76 a 85 años que constituye el 2,5%.

**GRAFICO 1****FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE****DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN  
EDAD**

EDAD (AÑOS)



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 2

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO  
AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

SEXO	FRECUENCIA (%)
FEMENINO	29 (72,5)
MASCULINO	11 (27,5)
TOTAL	40 (100,0)

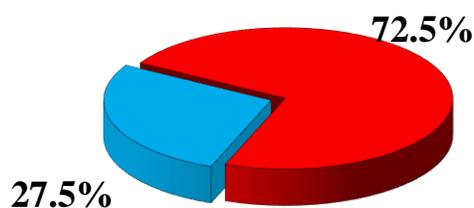
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

La mayoría del grupo de adultos mayores pertenece al sexo femenino pues es 72,5% de ellos, mientras que el resto 27,5% es del sexo masculino.

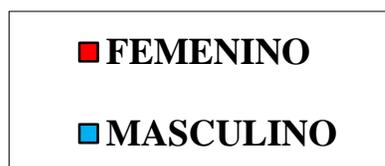
## GRAFICO 2

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO



SEXO



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 3

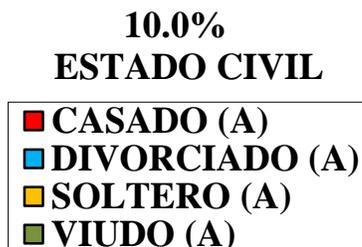
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL  
AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA (%)
CASADO (A)	30 (75,0)
DIVORCIADO (A)	5 (12,5)
SOLTERO (A)	4 (10,0)
VIUDO (A)	1 ( 2,5)
TOTAL	40 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

La mayoría del grupo de adultos mayores están casados (a) pues son el 75,0%, divorciado (a) el 12,5%, soltero (a) el 10,0% y un solo viudo (a) para un 2,5%.

**GRAFICO 3**  
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO  
CIVIL

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 4

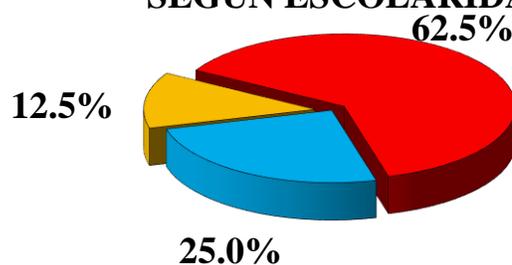
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ESCOLARIDAD  
AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA (%)
TÈCNICA INCOMPLETA	25 (62,5)
TÈCNICA COMPLETA	10 (25,0)
UNIVERSITARIA	5 (12,5)
TOTAL	40 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

La mayoría del grupo de adultos mayores tienen escolaridad a nivel de técnica incompleta pues son el 62,5% de ellos, el 25,0% poseen técnica completa y con grado universitario 12,5%.

## GRAFICO 4

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES  
SEGÚN ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD

- TÈCNICA INCOMPLETA
- TÈCNICA COMPLETA
- UNIVERSITARIA

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 5

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN  
AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA (%)
PENSIONADO	17 (42,5)
JUBILADO	12 (30,0)
AMA DE CASA	8 (20,0)
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3 ( 7,5)
<b>TOTAL</b>	<b>40 (100,0)</b>

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

La mayoría del grupo de adultos mayores son pensionados ya que constituyen el 42,5% de ellos, el 30,0% son jubilados, 20,0% ama de casa y 7,5% son trabajadores independientes.

## GRAFICO 5

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN  
42.5%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 6

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN  
RESPUESTAS CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE  
ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES  
**REGIMEN ALIMENTICIO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

<b>REGIMEN ALIMENTICIO</b>	<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>			TOTAL (%)
	BAJO F (%)*	MEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	
BAJO	3 (30,0)	7 (70,0)	0 ( 0,0)	10 (25,0)
MEDIO	6 ( 0,0)	16 (66,7)	2 ( 8,3)	24 (60,0)
ALTO	2 (33,3)	4 (66,7)	0 ( 0,0)	6 (15,0)
TOTAL	11 (27,5)	27 (67,5)	2 ( 5,0)	40 (100,0)

\* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES  
HORIZONTALES.COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = - 0,044 (P < 0,76) NO  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

El nivel de **RÉGIMEN ALIMENTICIO (RA)** con mayor frecuencia que seguían los adultos mayores (**AD**) fue el MEDIO con un 60,0% del grupo estudiado, sigue el nivel BAJO donde se ubicaron el 25% de los **AD** y sólo el 15% para el nivel ALTO. Con respecto a la **PROMOCIÓN DE LA SALUD (PS)**, la mayoría de los **AD** estuvieron en el nivel MEDIO con un 67,5% del grupo estudiado, luego el nivel BAJO con 27,5% y, por último, el nivel ALTO 5,0%.

Al observar la relación entre los niveles de **RA** y **PS** respectivamente, se determinó, como se muestra en el CUADRO 6, que en el nivel BAJO de **RA**, aparece con porcentaje mayoritario el nivel MEDIO de **PS** con 70,0% y cierra con 30,0% el nivel BAJO.

En el nivel MEDIO del factor **RA**, domina el nivel MEDIO del factor **PS** con 66,7%, seguido por el nivel BAJO con el restante 25,0% y finaliza el nivel ALTO con 8,3%.

En cuanto al nivel ALTO del factor **RA**, predomina el nivel de MEDIO del factor **PS** con 66,7%, mientras que el nivel BAJO presenta un 33,3% de los **AD** del factor **RA**. Se puede notar, que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores, un dominio de los niveles MEDIOS del CUADRO 6, lo que implica que no hay concordancia entre los niveles a manera de variación (de menos a más) de izquierda a derecha en sentido descendente, determinando así que los niveles de **RA** por parte del grupo de **AD**, no se corresponden mayormente con los niveles del otro factor **PS**.

De acuerdo a lo expresado, al proceder al cálculo del coeficiente de correlación de Pearson se encontró que presenta signo negativo, por lo que no hay una relación entre ambos factores que concuerda con una progresión. Por otra parte, el valor obtenido del coeficiente resultó ser igual a  $-0,044$  ( $P < 0,76$ ) no significativo, en consecuencia no hay una relación de orden significativo entre los factores **RA** y **PS** en los **AD** investigados.

Para dar respuesta a la primera hipótesis específica que dice: “Existe relación estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor régimen alimenticio y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor promoción de la salud” se procedió al cálculo de la diferencia entre los factores **RA** y **PS**, para lo cual se convirtieron el resultado de la suma de las respuestas adecuadas de los ítems de cada **AD**, en valores porcentuales con base al número de ítems constituyentes de cada factor, para comparar los valores porcentuales medios del grupo para cada factor. El resultado promedio obtenido para el factor **RA** es 49,25% de un promedio esperado ideal de 100%, por lo que hay un déficit de 50,75% en el **RA**, mientras que para el factor **PS** es 37,91%, es decir un déficit de 62,09% con relación a la **PS**. Como consecuencia de estos valores medios expresados

en porcentaje hay una diferencia de 11,34% ( $t = 2,330$ ; g.l. = 39) a favor de la **RA**, siendo la relación estadísticamente significativa ( $P < 0,03$ ). Por lo tanto se comprueba la primera hipótesis específica arriba citada.

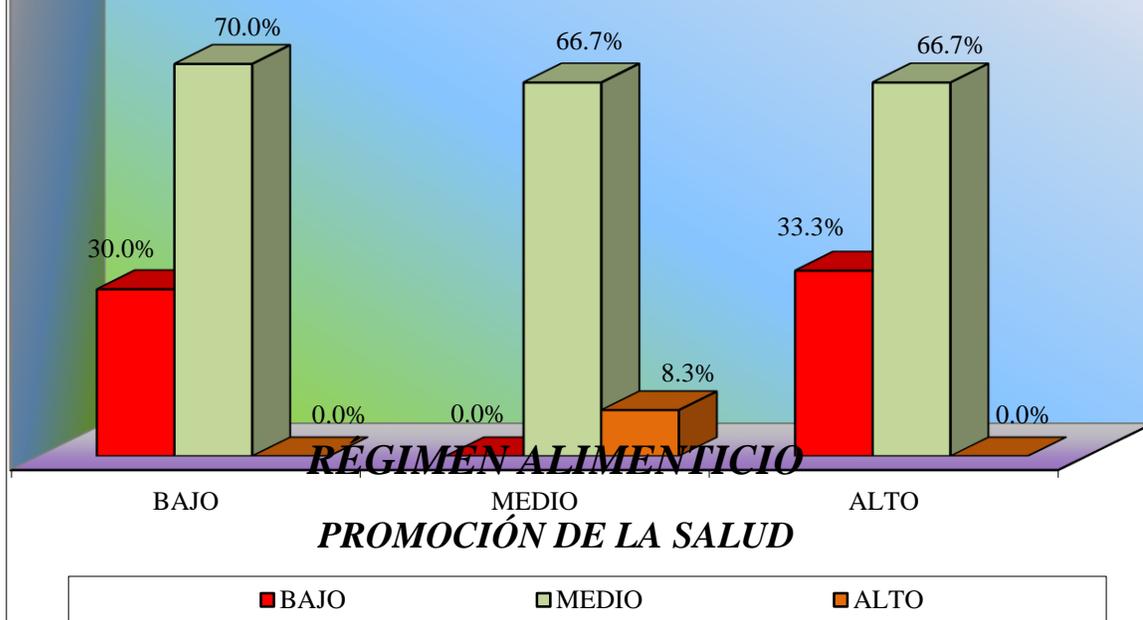
Estos resultados coinciden con el trabajo de investigación realizado por Sánchez, De la Cruz, Cereceda y Espinoza (2014) en la ciudad de Lima, mencionando que los hábitos alimentarios inadecuados detectados en más de 60% de los adultos mayores pueden aumentar el riesgo de deficiencias nutricionales y afectar su calidad de vida.

Tomando como referencia lo antes citado, es importante hacer referencia al modelo de promoción de la salud de Nola Pender el cual es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud (Duncan, 2015).

GRÁFICO 6A

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGUN RESPUESTAS CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES *REGIMEN ALIMENTICIO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD*

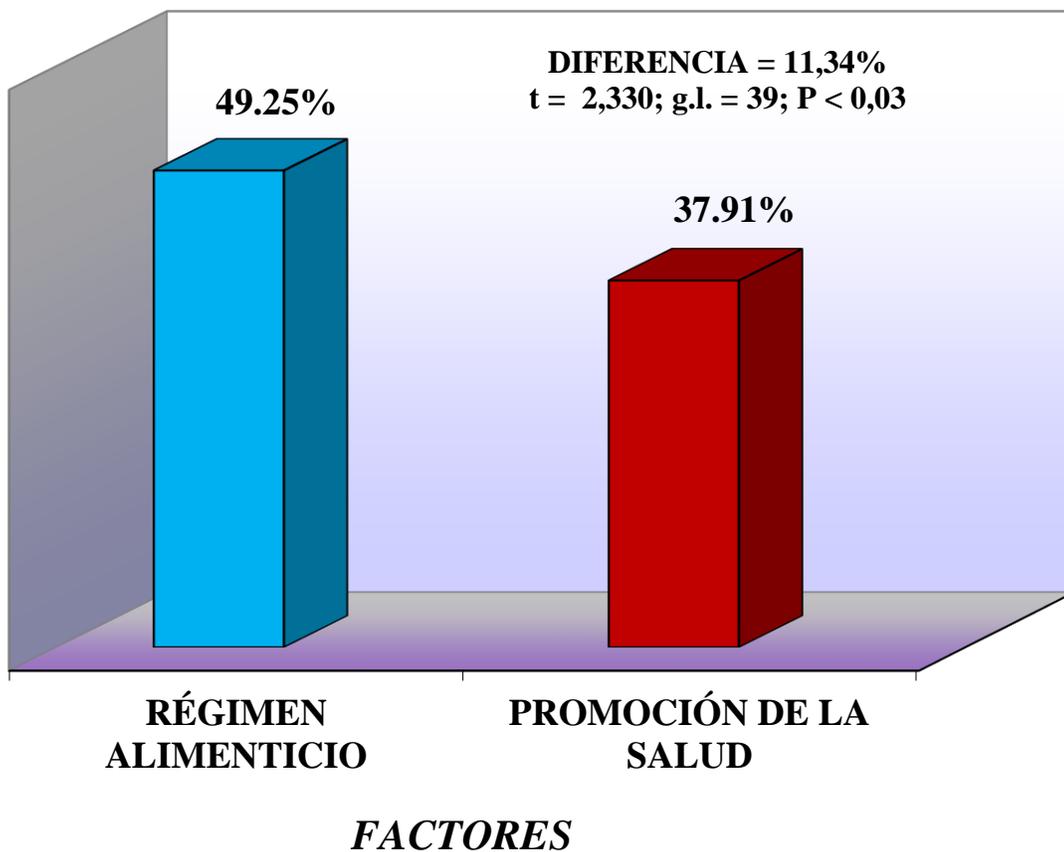
**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = -  
0,044  
(P < 0,76) NO SIGNIFICATIVO**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

**GRÁFICO 6B****FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

VALORES PORCENTUALES MEDIOS DE LAS RESPUESTA DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN REPUESTAS CONSOLIDADAS DE ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES *REGIMEN ALIMENTICIO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD*



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 7

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN  
RESPUESTAS CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE  
ACUERDO A LOS ÍTEMES QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES  
**REGIMEN ALIMENTICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA**

AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

<b>REGIMEN ALIMENTICIO</b>	<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			TOTAL (%)
	BAJO F (%)*	MEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	
BAJO	3 (30,0)	6 (60,0)	1 (10,0)	10 (25,0)
MEDIO	8 (33,3)	13 (54,2)	3 (12,5)	24 (60,0)
ALTO	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	6 (15,0)
TOTAL	14 (35,0)	22 (55,0)	4 (10,0)	40 (100,0)

\* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES  
HORIZONTALES.COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = - 0,188 (P < 0,24) NO  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

En el nivel de **ACTIVIDAD FÍSICA (AF)** aparece mayor frecuencia los adultos mayores (**AD**) en el factor MEDIO con un 60,0% del grupo estudiado, sigue el nivel BAJO donde se ubicaron el 20,0% de los **AD** y el 15,0% para el nivel ALTO.

En la relación entre los niveles de **RA** y **AF** respectivamente, se determinó, como se muestra en el CUADRO 7, que en el nivel BAJO de **RA**, aparece con porcentaje mayoritario el nivel MEDIO de **AF** con 60,0%, luego el nivel BAJO con 30,0% y cierra con 10,0% el nivel ALTO.

En el nivel MEDIO del factor **RA**, domina el nivel MEDIO del factor **AF** con 54,2%, a continuación el nivel BAJO con 33,3% y finaliza el nivel ALTO 12,5%.

Para el nivel ALTO del factor **RA**, aparecen con 50,0% por igual los niveles BAJO y MEDIO del factor **AF**.

Hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores un dominio de los niveles MEDIOS del CUADRO 7, lo que dice que no hay concordancia entre los niveles a manera de variación (de menos a más) de izquierda a derecha en sentido descendente, determinando así que los niveles de **RA** por parte del grupo de **AD**, no se corresponden mayormente con los niveles del otro factor **AF**.

Por lo expresado, cuando se procede al cálculo del coeficiente de correlación de Pearson se encontró que presenta signo negativo, por lo que no hay una relación entre ambos factores que concuerda con una progresión. Por otra parte, el valor obtenido del coeficiente resultó ser igual a - 0,188 ( $P < 0,24$ ) no significativo, en consecuencia, no hay una relación de orden significativo entre los factores **RA** y **AF** en los **AD** Investigados.

Para la segunda hipótesis específica que dice: “Existe diferencia estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor régimen alimenticio y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor actividades físicas”, se llevó a cabo el mismo proceso de la de comprobación de la primera hipótesis específica pero con los factores **RA** y **AF**. El resultado promedio obtenido para el factor **RA** es 49,25% de un promedio esperado ideal de 100%, por lo que hay un déficit de 50,75% en el **RA**, mientras que para el factor **AF** es 36,59%, es decir un déficit de 63,41% con relación a la **AF**. Como consecuencia de estos valores medios expresados en porcentaje hay una diferencia de 12,66% ( $t = 2,102$ ; g.l. = 39) a favor de la **RA**, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0,04$ ). Por lo tanto, se comprueba la segunda hipótesis específica arriba citada.

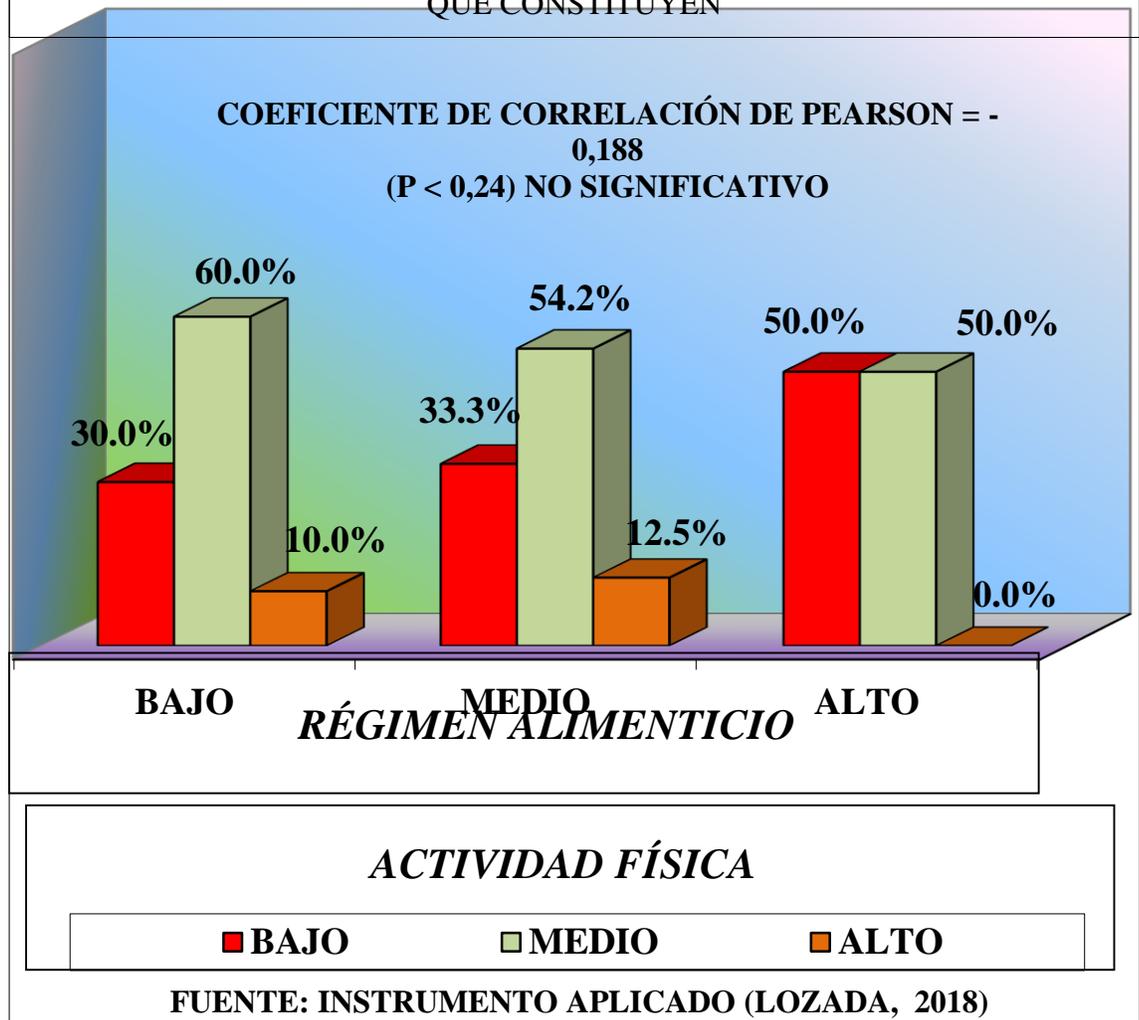
Estos resultados se contradicen con lo señalado por Cabrera, (2008), Santos y Cando (2015) quienes expresaron que en la etapa adulta mayor es necesario adquirir hábitos adecuados, que permitan vivir de una forma saludable, realizando actividad física y recreativa que permita mejorar la calidad de vida. Por lo que realizar actividades físicas regularmente, conllevan a mejorar el estado de salud del adulto mayor mejorando su calidad de vida.

La disminución de la actividad física es uno de los factores que más afecta al estado nutricional de las personas. Una menor actividad provoca la disminución del consumo de energía y una baja cantidad de energía no es suficiente, a no ser con dietas formuladas especialmente para ello, para vehicular la cantidad necesaria de nutriente. El ejercicio físico realizado con regularidad, puede retrasar la aparición de los síntomas que acompañan a algunas enfermedades degenerativas, manteniendo la capacidad funcional, paliando los cambios en la composición corporal y, de esta manera, contribuyendo a la autonomía del individuo.

GRÁFICO 7A

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

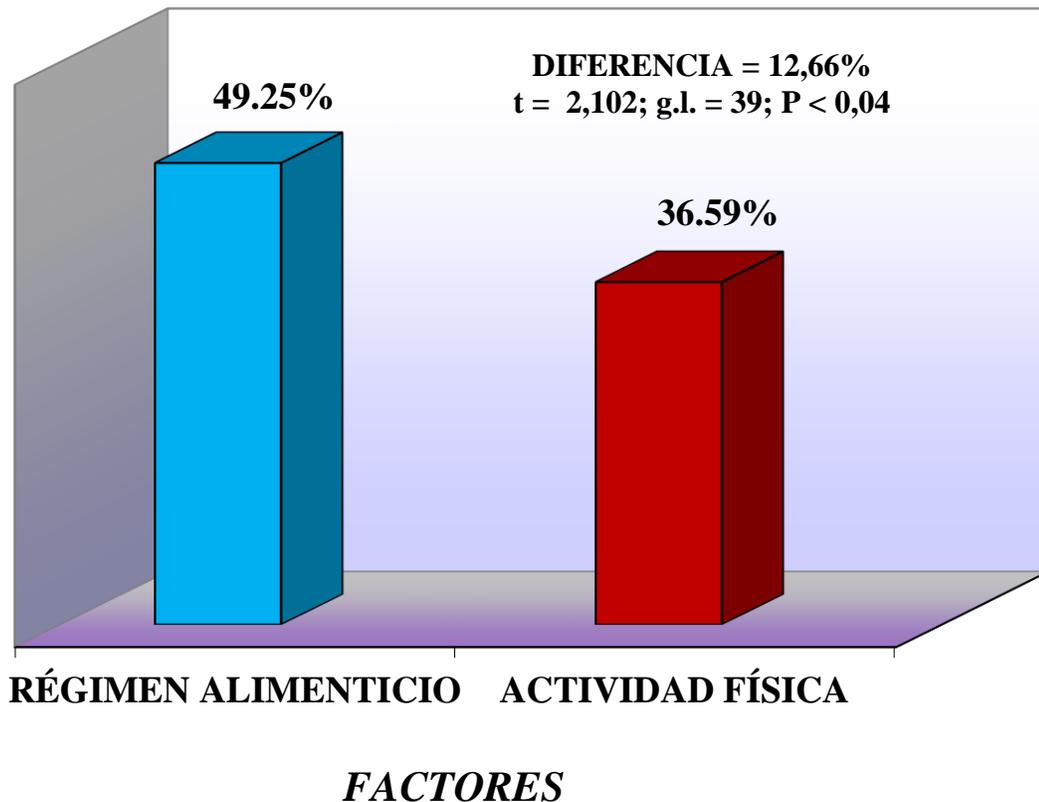
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN REPUESTAS CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN



**GRÁFICO 7B**

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

VALORES PORCENTUALES MEDIOS DE LAS RESPUESTA DE  
LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN REPUESTAS  
CONSOLIDADAS DE  
ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 8

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN  
RESPUESTAS CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE  
ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES  
**FACTOR SOCIOECONÓMICO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

<b>FACTOR SOCIOECONÓMICO</b>	<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>			<b>TOTAL (%)</b>
	<b>BAJO F (%)*</b>	<b>MEDIO F (%)*</b>	<b>ALTO F (%)*</b>	
BAJO	8 (24,2)	23 (69,7)	2 ( 6,1)	33 (82,5)
MEDIO	2 (100,0)	0 ( 0,0)	0 ( 0,0)	2 ( 5,0)
ALTO	1 (20,0)	4 (80,0)	0 ( 0,0)	5 (12,5)
<b>TOTAL</b>	<b>11 (27,5)</b>	<b>27 (67,5)</b>	<b>2 ( 5,0)</b>	<b>40 (100,0)</b>

\* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES  
HORIZONTALES.COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = - 0,062 (P < 0,70) NO  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

El nivel de **FACTOR SOCIOECONÓMICO (FS)** que aparece con mayor frecuencia en los adultos mayores (**AD**) fue el factor BAJO con un 82,5% del grupo estudiado, sigue el nivel ALTO donde se ubicaron el 12,5% de los **AD** y sólo el 5,0% para el nivel MEDIO.

En la relación entre los niveles de **FS** y **PS** respectivamente, se determinó, como se muestra en el CUADRO 8, que el nivel BAJO de **FS**, aparece con porcentaje mayoritario el nivel MEDIO de **PS** con 69,7%, luego el nivel BAJO con 24,2% y cierra con 6,1% el nivel ALTO.

En el nivel MEDIO del factor **FS**, domina al 100% el nivel BAJO del **PS**, pero solo con dos **AD**.

Para el nivel ALTO del factor **FS**, predomina el nivel de MEDIO del factor **PS** con 80,0%, mientras que el nivel BAJO presenta el restante 20,0% de los **AD**.

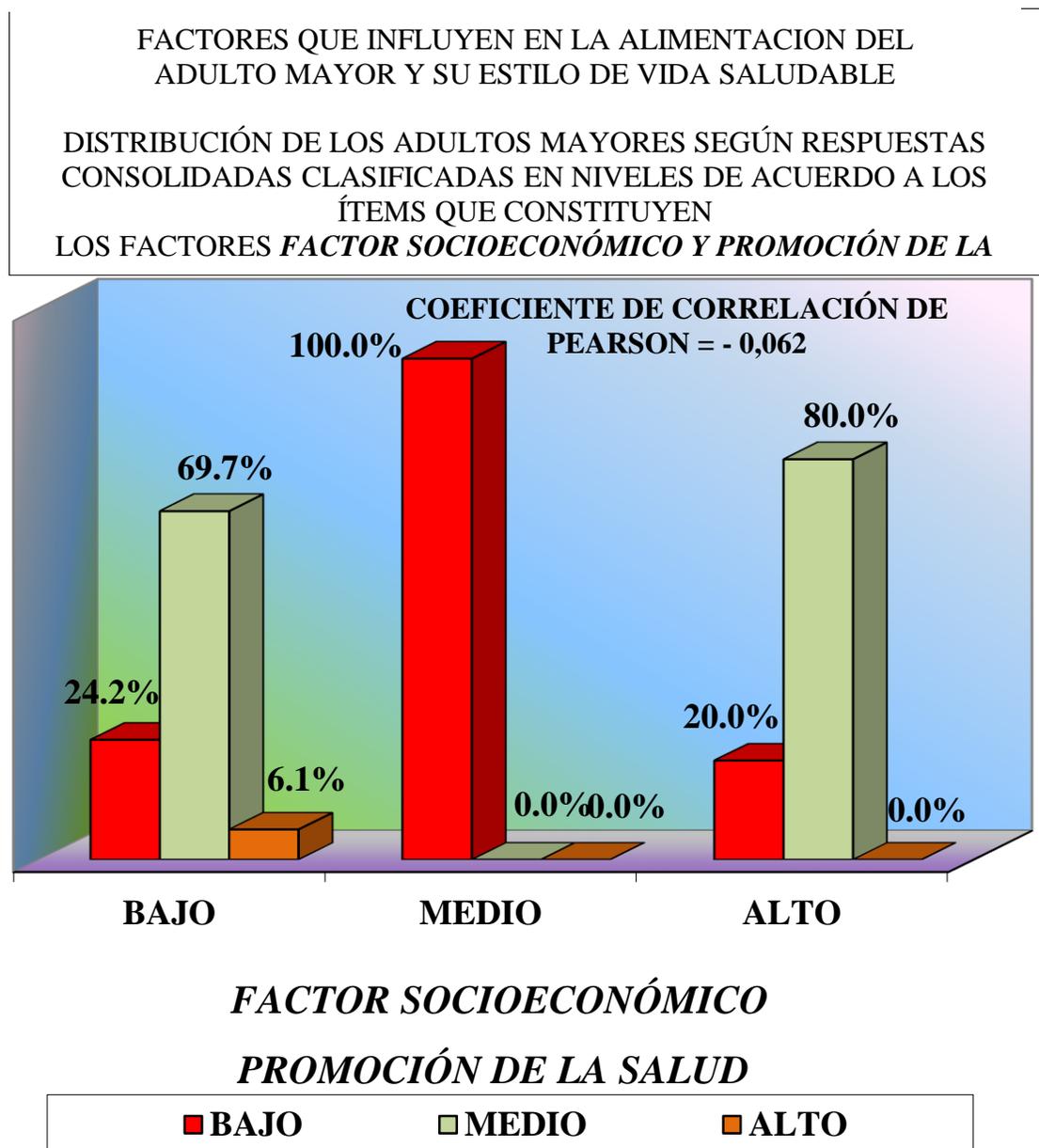
Se puede notar, que hay una tendencia marcada, a establecer la relación de ambos factores, un dominio de los niveles MEDIOS del CUADRO 8, lo que implica que no hay concordancia entre los niveles a manera de variación (de menos a más) de izquierda a derecha en sentido descendente, determinando así que los niveles de **FS** por parte del grupo de **AD**, no se corresponden mayormente con los niveles del otro factor **PS**.

De acuerdo a lo expresado, al proceder al cálculo del coeficiente de correlación de Pearson se encontró que presenta signo negativo, por lo que no hay una relación entre ambos factores que concuerda con una progresión. Por otra parte, el valor obtenido del coeficiente resultó ser igual a  $-0,071$  ( $P < 0,67$ ) no significativo, en consecuencia no hay una relación de orden significativo entre los factores **FS** y **PS** en los **AD** Investigados.

Para la tercera hipótesis específica que dice: “Existe diferencia estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor socioeconómico y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor promoción de la salud”, se llevó a cabo el mismo proceso de la de comprobación de la primera hipótesis específica pero con los factores **FS** y **PS**. El resultado promedio obtenido para el factor **FS** es 25,00% de un promedio esperado ideal de 100%, por lo que hay un déficit de 75,00% en el **FS**, mientras que para el factor **PS** es 37,91%, es decir, un déficit de 62,09% con relación a la **AF**. Como consecuencia de estos valores medios expresados en porcentaje hay una diferencia de 12,91% ( $t = 2,674$ ; g.l. = 39) a favor de la **PS** siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0,01$ ). Por lo tanto se comprueba la tercera hipótesis específica arriba citada.

Igualmente los aspectos socioeconómicos también entregan directrices a la alimentación en los adultos mayores. El estudio realizado por Sánchez et al., en 115 adultos mayores peruanos, con rangos de edad entre 60 a 93 años, demostró que las personas pertenecientes al nivel socioeconómico medio alto presentaban mejores hábitos alimentarios en comparación de otros grupos sociales, relacionados con el consumo de carnes, frutas y verduras. Hallazgos que no coinciden con los encontrados en el presente estudio donde se evidenció que los adultos mayores presentaron un nivel socioeconómico BAJO representado por un 82,5%.

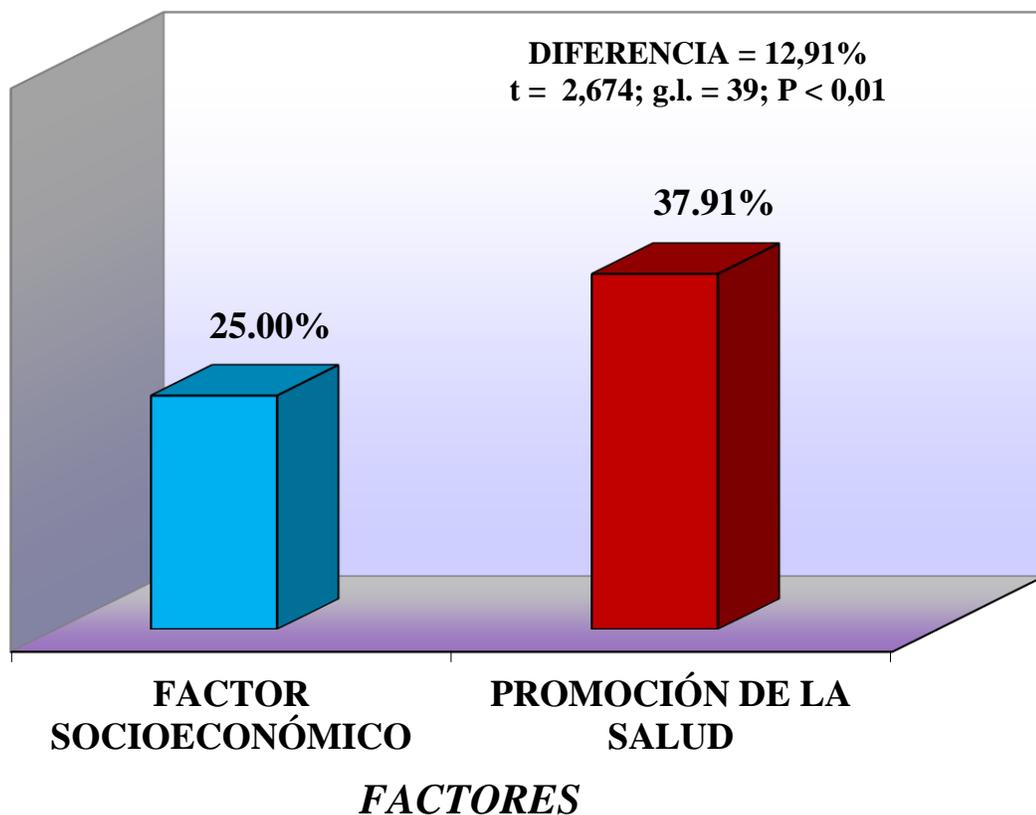
GRÁFICO 8A



**GRÁFICO 8B**

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

VALORES PORCENTUALES MEDIOS DE LAS RESPUESTA DE  
LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS  
CONSOLIDADAS DE  
ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES  
*FACTOR SOCIOECONÓMICO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD*



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 9

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN  
RESPUESTAS CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE  
ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES  
**FACTOR SOCIOECONÓMICO Y ACTIVIDAD FÍSICA**

AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

<b>FACTOR SOCIOECONÓMICO</b>	<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			<b>TOTAL (%)</b>
	<b>BAJO F (%)*</b>	<b>MEDIO F (%)*</b>	<b>ALTO F (%)*</b>	
BAJO	11 (33,3)	19 (57,6)	3 ( 9,1)	33 (82,5)
MEDIO	0 ( 0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 ( 5,0)
ALTO	3 (60,0)	2 (40,0)	0 ( 0,0)	5 (12,5)
<b>TOTAL</b>	<b>14 (35,0)</b>	<b>22 (55,0)</b>	<b>4 (10,0)</b>	<b>40 (100,0)</b>

\* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES  
HORIZONTALES.COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = - 0,255 (P < 0,11) NO  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

En la relación entre los niveles de **FS** y **AF** respectivamente, se determinó, como se muestra en el CUADRO 9, que en el nivel BAJO de **FS**, se da con porcentaje mayoritario el nivel MEDIO de **AF** con 57,6%, luego el nivel BAJO con 33,3% y cierra con 9,1% el nivel ALTO.

En el nivel MEDIO del factor **FS**, dominan los niveles MEDIO y ALTO cada uno con 50,0% del factor **AF**, pero solo con un **AD**.

Para el nivel ALTO del factor **FS**, predomina el nivel de BAJO del factor **AF** con 60,0%, mientras que el nivel MEDIO presenta el restante 40,0% de los **AD**.

Se puede notar, que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores, un dominio de los niveles MEDIOS del CUADRO 9, lo que implica que no hay concordancia entre los niveles a manera de variación (de menos a más) de izquierda a derecha en sentido descendente, determinando así que los niveles de **FS** por parte del grupo de **AD**, no se corresponden mayormente con los niveles del otro factor **AF**.

Al proceder al cálculo del coeficiente de correlación de Pearson se encontró que presenta signo negativo, por lo que no hay una relación entre ambos factores que concuerda con una progresión. Por otra parte, el valor obtenido del coeficiente resultó ser igual a  $-0,255$  ( $P < 0,11$ ) no significativo, en consecuencia no hay una relación de orden significativo entre los factores **FS** y **AF** en los **AD** Investigados.

Para la cuarta hipótesis específica que dice: “Existe diferencia estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor socioeconómico y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor actividades físicas”, se llevó a cabo el mismo proceso de la comprobación de la primera hipótesis específica pero con los factores **FS** y **AF**. El resultado promedio obtenido para el factor **FS** es 25,00% de un promedio esperado ideal de 100%, por lo que hay un déficit de 75,00% en el **FS**, mientras que para el factor **AF** es 36,59%, es decir un déficit de 63,41% con relación a la **AF**. Como consecuencia de estos valores medios expresados en porcentaje hay una diferencia de 11,59% ( $t = 2,110$ ; g.l. = 39) a favor de la **AF**, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0,04$ ). Por lo tanto se comprueba la tercera hipótesis específica arriba citada.

La actividad física, es definida por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2005) como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia”. Uno de los factores protectores más relevantes para la salud en la vejez es el ejercicio físico, que no sólo mantiene a los adultos activos y energizados, sino que además es una medida que

previene el desarrollo de sarcopenia o pérdida de la masa muscular que se produce como resultado natural del envejecimiento.

La disminución de la actividad física es uno de los factores que más afecta al estado nutricional de las personas. Una menor actividad provoca la disminución del consumo de energía y una baja cantidad de energía no es suficiente, a no ser con dietas formuladas especialmente para ello, para vehicular la cantidad necesaria de nutriente. Por lo tanto, el ejercicio físico realizado con regularidad, puede retrasar la aparición de los síntomas que acompañan a algunas enfermedades degenerativas, manteniendo la capacidad funcional, paliando los cambios en la composición corporal y, de esta manera, contribuyendo a la autonomía del individuo.

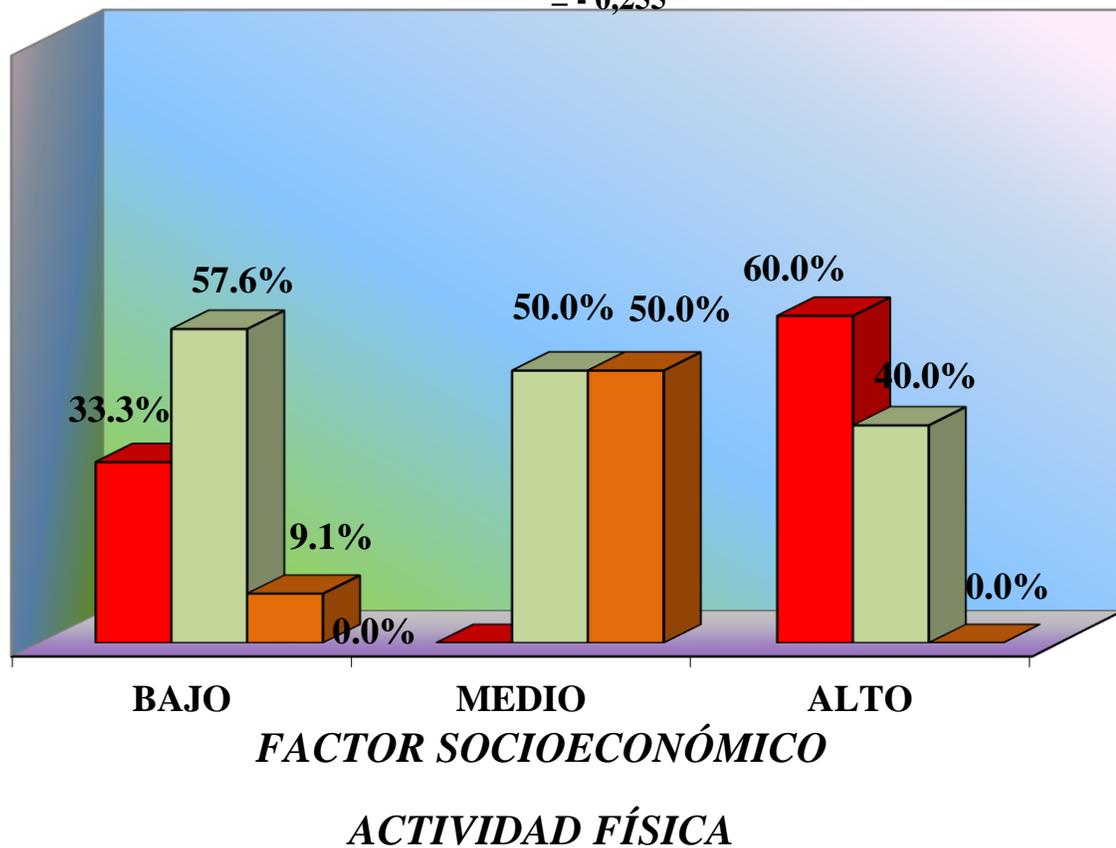
### GRÁFICO 9A

#### FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES *FACTOR SOCIOECONÓMICO Y ACTIVIDAD FÍSICA*

AMBULATORIO "EL CUJI". BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON  
= - 0,255



■ BAJO

■ MEDIO

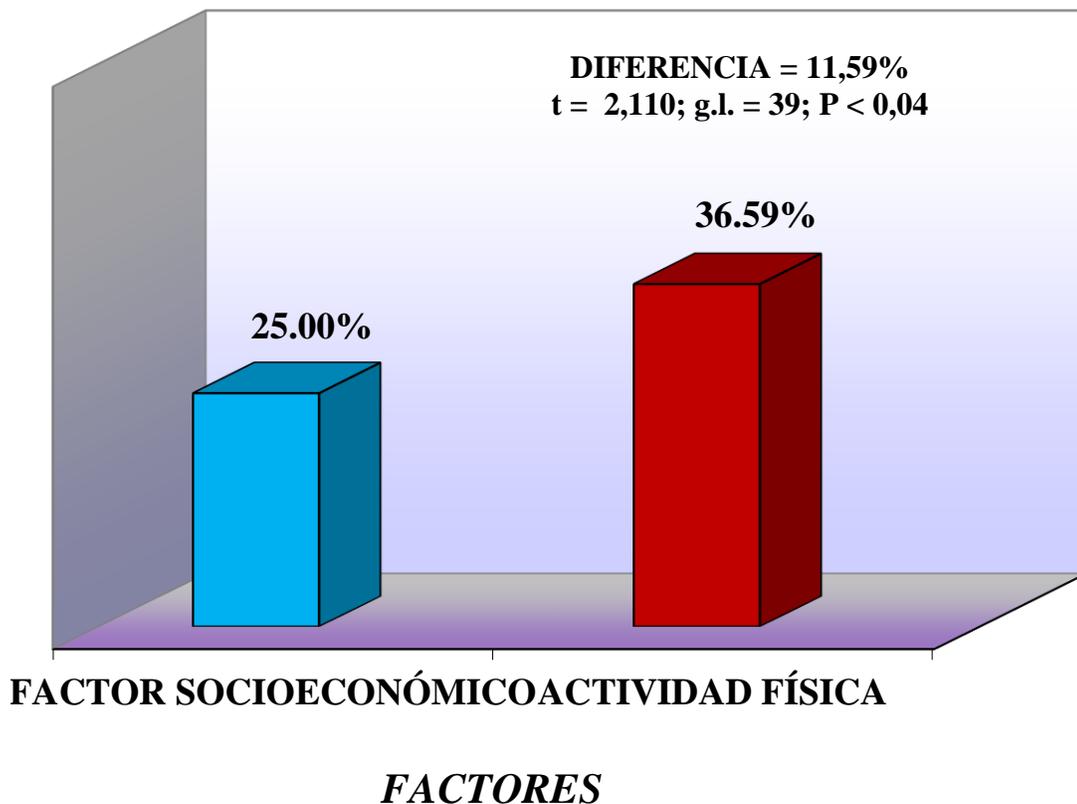
■ ALTO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

**GRÁFICO 9B**

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

VALORES PORCENTUALES MEDIOS DE LAS RESPUESTA DE  
LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS  
CONSOLIDADAS DE  
ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LOS FACTORES



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

## CUADRO 10

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLEDISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN  
RESPUESTAS CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE  
ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LAS **VARIABLES** ESTUDIO

AMBULATORIO “EL CUJI”. BARQUISIMETO. ESTADO LARA. 2018.

<b>FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR</b>	<b>ESTILO DE VIDA SALUDABLE</b>			TOTAL (%)
	BAJO F (%)*	MEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	
BAJO	4 (30,8)	9 (69,2)	0 ( 0,0)	13 (32,5)
MEDIO	7 (31,8)	14 (63,6)	1 ( 4,5)	22 (55,0)
ALTO	1 (20,0)	4 (80,0)	0 ( 0,0)	5 (12,5)
TOTAL	12 (30,0)	27 (67,5)	1 ( 2,5)	40 (100,0)

\* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES  
HORIZONTALES.COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = - 0,135 (P < 0,41) NO  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

El nivel de los **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR (FA)** con mayor frecuencia de los adultos mayores (**AD**) fue el MEDIO con un 55,0% del grupo estudiado, sigue el nivel BAJO donde se ubicaron el 32,5% de los **AD** y el 12,5% para el nivel ALTO. Con respecto al **ESTILO DE VIDA SALUDABLE (ES)**, la mayoría de los **AD** estuvieron en el nivel MEDIO con un 67,5% del grupo estudiado, luego el nivel BAJO con 30,0% y, por último, el nivel ALTO 2,5%.

Al observar la relación entre los niveles de **FA** y **ES** respectivamente, se determinó, como se muestra en el CUADRO 10, que en el nivel BAJO de **FA**, aparece con

porcentaje mayoritario el nivel MEDIO de **ES** con 69,2% y cierra con 30,8% el nivel BAJO.

En el nivel MEDIO del factor **FA**, domina el nivel MEDIO del factor **ES** con 63,2%, seguido por el nivel BAJO con 31,8% y finaliza el nivel ALTO con 4,5%.

En cuanto al nivel ALTO del factor **FA**, predomina el nivel de MEDIO del factor **ES** con 80,0%, mientras que el nivel BAJO presenta un 20,0% de los **AD** del factor **FA**.

Se puede notar, que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambas variables un dominio de los niveles MEDIOS del CUADRO 10, lo que implica que no hay concordancia entre los niveles a manera de variación (de menos a más) de izquierda a derecha en sentido descendente, determinando así que los niveles de **FA** por parte del grupo de **AD**, no se corresponden mayormente con los niveles de la otra variable **ES**.

De acuerdo a lo expresado, al proceder al cálculo del coeficiente de correlación de Pearson se encontró que presenta signo negativo, por lo que no hay una relación entre ambos factores que concuerda con una progresión. Por otra parte, el valor obtenido del coeficiente resultó ser igual a  $-0,135$  ( $P < 0,416$ ) no significativo, en consecuencia no hay una relación de orden significativo entre los factores **FA** y **ES** en los **AD** investigados.

Para dar respuesta a la hipótesis general establecida así: “Existe diferencia estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en sus factores régimen alimenticio y socioeconómico y su estilo de vida saludable, en sus factores promoción de la salud y actividades físicas” se procedió al cálculo de la diferencia entre las variables **FA** y **ES**, para lo cual se convirtieron el resultado de la suma de las respuestas adecuadas de los ítems de cada **AD**, en valores

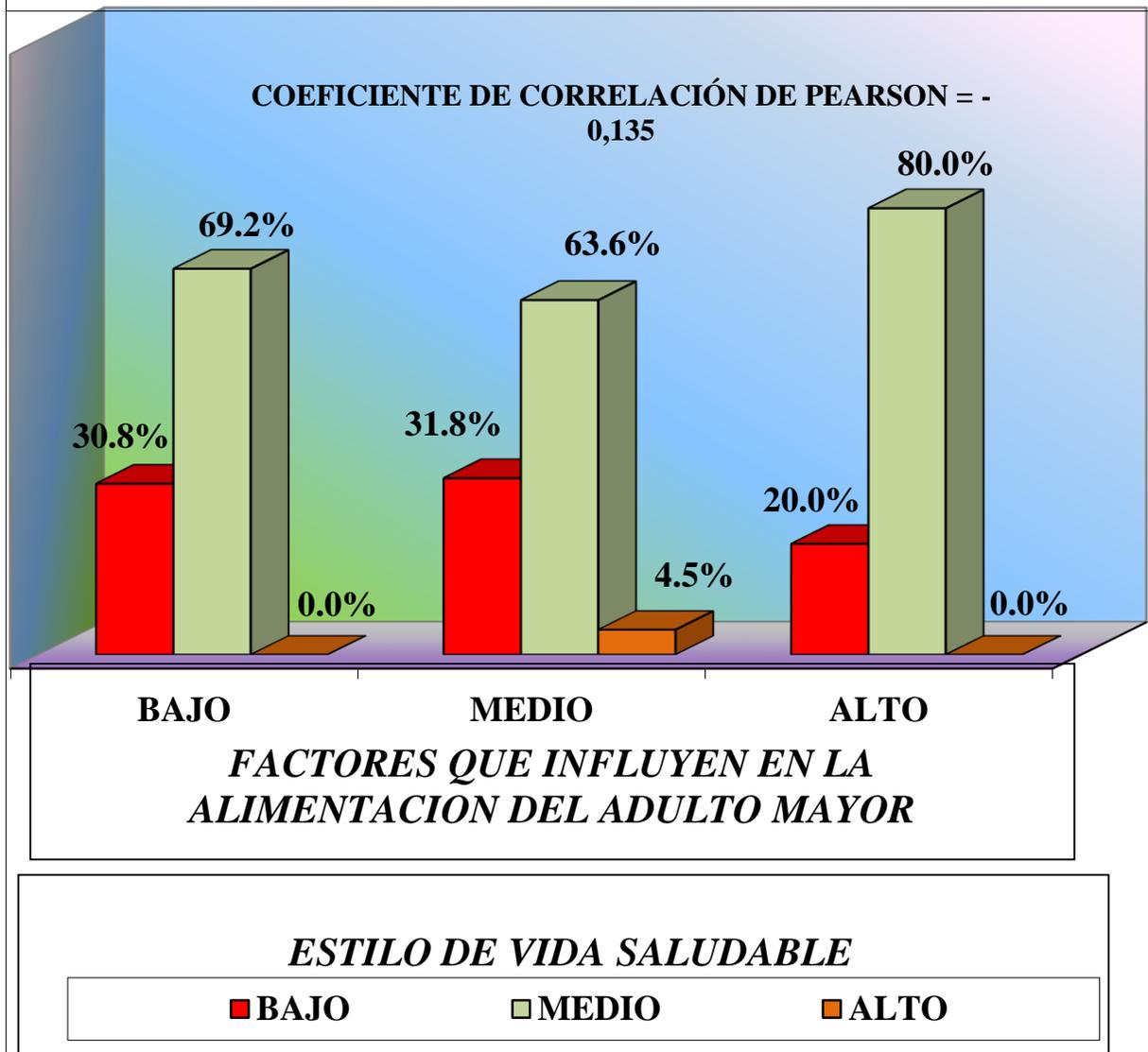
porcentuales con base al número de ítems constituyentes de cada variable, para comparar los valores porcentuales medios del grupo para cada factor. El resultado promedio obtenido para la variable **FA** es 37,57% de un promedio esperado ideal de 100%, por lo que hay un déficit de 62,43% en la variable **FA**, mientras que para la variable **ES** 20,77%, es decir un déficit de 79,23% con relación a la variable **ES**. Como consecuencia de estos valores medios expresados en porcentaje hay una diferencia de 16,80% ( $t = 2,043$ ; g.l. = 39) a favor de los **FA**, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0,04$ ). Por lo tanto se comprueba la hipótesis general arriba citada.

Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Pardo, C. y Rodríguez, O. (2016) en Carabobo – Venezuela en un grupo de adultos mayores, los cuales evidenciaron que un 96,5% de los adultos mayores tienen estilo de vida no saludable, prevaleciendo el estado nutricional normal (37,4%).

**GRÁFICO 10A**

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL  
ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE

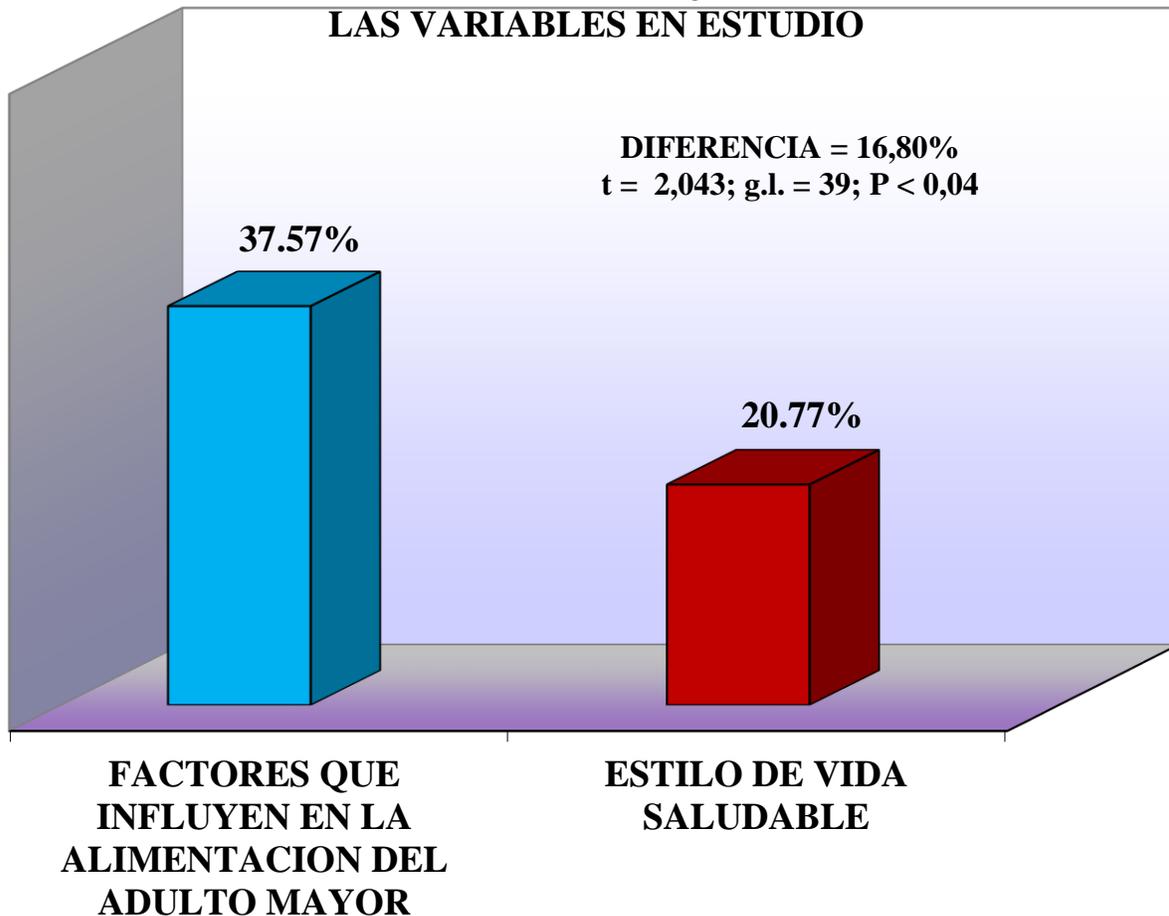
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS  
CONSOLIDADAS CLASIFICADAS EN NIVELES DE ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE  
CONSTITUYEN LAS *VARIABLES* EN ESTUDIO



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)

**GRÁFICO 10B****FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

**VALORES PORCENTUALES MEDIOS DE LAS RESPUESTA DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS DE ACUERDO A LOS ÍTEMS QUE CONSTITUYEN LAS VARIABLES EN ESTUDIO**

**VARIABLES**

**FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (LOZADA, 2018)**

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

Tras la realización de este trabajo de investigación, al haber tenido contacto con 40 adultos mayores que han sido encuestados, se pudo determinar que el 80% de la población presenta una edad entre 55 a 65 años, el 72,5% pertenece al sexo femenino y el 27,5% restante al masculino. Así mismo se observó que la mayor parte de los adultos mayores (75%), están casados(a), la mayoría tienen escolaridad a nivel de técnica incompleta representado por el 62,5% de ellos, el 42,5% son pensionados y el 30,0% son jubilados.

El 60,0% de los adultos mayores encuestados, manifestaron que tienen una alimentación inadecuada, dicen no saber combinar los alimentos, lo cual los hace más vulnerable a la presencia de enfermedad y muerte.

El 67,5% de los encuestados respondieron no tener buena salud motivada a una alimentación poco saludable. La promoción de la salud en los ancianos va dirigida a mejorar y mantenerla en el más alto nivel de función y con la meta de la mayor independencia posible.

En este mismo orden de ideas, se observó con mayor frecuencia los adultos mayores en un 60,0% no practica ningún tipo de actividad física. El papel de la misma es mejorar la condición física y la salud de los adultos mayores, así como la disminución del riesgo de morbilidad y mortalidad de la población que el ejercicio físico conlleva.

El 82,5% de los adultos mayores presenta carencia de recursos económicos y/o bajos ingresos que no le permite satisfacer necesidades básicas como: alimentación.

El 55,0% del grupo investigado manifestó no realizar una selección cuidadosa de alimentos para tener una alimentación saludable.

Se comprueba la hipótesis general de que si existe diferencia estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en sus factores régimen alimenticio y socioeconómico y su estilo de vida saludable, en sus factores promoción de la salud y actividades físicas.

Se comprueba la hipótesis específica N° 1, que si existe relación estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor régimen alimenticio y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor promoción de la salud.

Se comprueba la hipótesis específica N° 2, que si existe relación estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor régimen alimenticio y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor actividades físicas.

Se comprueba la hipótesis específica N° 3, que si existe diferencia estadísticamente significativa entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en su factor socioeconómico y su efecto en los estilos de vida saludable, en su factor promoción de la salud.

Teniendo en cuenta lo observado anteriormente, se pudo arribar a la siguiente conclusión: los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional del adulto mayor, debido a que gran parte de la población encuestada posee hábitos alimentarios no

saludables, poca disponibilidad de recursos y al hecho de no realizar actividades físicas, lo cual comprometen su salud reduciendo su calidad de vida.

## **5.2 Recomendación**

Para posteriores investigaciones se recomienda:

- Se recomienda a los profesionales de enfermería del ambulatorio El Cuji, que trabajan con adultos mayores, organizar talleres o sesiones educativas sobre una alimentación adecuada donde se sugiera la ingesta de alimentos sanos y saludables, como combinarlos o prepararlos en coordinación con el profesional de nutrición.

- Recomendar continuar con los talleres o sesiones educativas preparándoles menús o elaborar una lista de algunos alimentos que deben ellos comer y cuáles de esos deben ser combinados, o en caso tal de no poder ingerir por ejemplo carne, que es proteína, sugerirles que pueden consumir tomando en consideración la situación país, en vista de que la mayoría de los adultos mayores son jubilados o pensionados y escasamente les alcanza para comprar alimentos.

- Se sugiere al personal de enfermería realizar talleres prácticos de actividad física como caminatas, de acuerdo a la capacidad funcional de cada adulto mayor y motivarlos a participar en las mismas.

- Establecer contacto con los miembros del consejo comunal para que a través de las asociaciones que operan dentro de la comunidad el Cuji y que impulsan el programa “Ollas Solidarias”, puedan ayudar a las adultos mayores a tener al menos una comida a la semana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alba, D., & Mantilla, S. (2014). *Estado Nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra*. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/1304> \n [http://repositorio.utn.edu.ec/Bitstream/123456789/3499/1/06 NUT 145 TESIS.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/Bitstream/123456789/3499/1/06_NUT_145_TESIS.pdf)
- Amigó I, Fernández C, Pérez M. *La adhesión a los tratamientos terapéuticos*. En Amigó I, ed. *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide; 1998. p.229-70.
- Aranceta-Bartrina et al (2016). *Guías alimentarias para la población española* (SENC, diciembre)
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de investigación*. (6ta. Ed.). Editorial Episteme
- Aristizábal, G. et. al. (2011). *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión*. Cuba.
- Ayala A, Parada M. (2012). *Hábitos alimentarios en estudiantes universitarios de nutrición*. Tesis de grado. Instituto Universitario Fundación H.A Barcelona, Facultad de Medicina.
- Barrón V, Gonzalo U, y Vera S. (2016). *Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso. Chile*. Chile: Universidad de Valparaíso.
- Bayés R. (2000). *Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica*. En: Yubero S, Larrañaga E, eds. *SIDA: una visión, multidisciplinar*. La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2000. p. 95-103.
- Benavides, A. et. Al. (2013) *Nutrición por etapa de vida*. Perú
- Borgues H. (1990). *Costumbres prácticas y hábitos alimentarios*. Cuadernos de Nutrición, Volumen 13, Número 2
- Brunner, L. & Suddarth, S. (2002). *Manual de Enfermería*. Cuarta Edición. Volumen I. México: Editorial Interamericana Mc Graw Hill.

- Cabrera et al. (2008) *Los valores en el deporte*. Revista de Educación, 335,9-19. Universidad de Málaga
- Caballero J, Barcenás L, Corriera J, et al. (1990) Patología sistémica oral en el paciente geriátrico. *Rev Eur Odontost* 1990; 2:131-6.
- Carvidon Almenara, M. A., y cols.: *Salud oral en el anciano institucionalizado en Canarias*, Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 2004, 31 (4): 211-215.
- Carrasco (2009) *Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: Editorial San Marcos. p. 226.
- Celis A, Valencia N. (2004). *Traumatismos y envenenamientos en Jalisco*. Salud Pública Mex 1991.
- Código Deontológico de Enfermería de Venezuela. Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela. Caracas – Venezuela, 1999.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453. Caracas – Venezuela, 1999.
- Duncan, P. (2015) "Estilos de Vida". [acceso en Junio del 2018]. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/cvepe2/biblio3.ht>
- Durán, J. A. (2013). *Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores residentes en hogares alemanes de Santiago de Chile*, 76.
- Ecobarrutia M, Flores S. (2015) *Lima-Perú. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en la urb. La libertad, Chimbote*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/166163640/Tesis-Adulto-Mayor>
- Ferro, R., & Maguiña, V. (2012). *Relación entre hábitos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de una universidad pública según área de estudio*, 1–60. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1123/1/ferro\\_mr.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1123/1/ferro_mr.pdf)

- Godoy, J. F. (1999). *Psicología de la salud: delimitación conceptual*. In: SIMON, M. A. (Ed.). Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, 1999. p. 47-62.
- Gómez, J. (2015). "Estilos y Calidad de Vida". [acceso en Junio del 2018]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
- Griffith, Edwards (2006) *Tratamiento de alcohólicos*. Segunda Edición, México: Editorial Trillas,
- Habeest LLMH, Brass J, Merkesteim JPR. (2008) *Mandibular atrophy and metabolic bone loss. Histomorphometry of ilioac crest biopsies in 24 patients*. J Oral Maxillofac Surg; 17:325-9
- Harlow EN, Lyons WL. (2014). *Assessment*. In: Ham RJ, Sloane PD, Warshaw GA, Potter JF, Flaherty E.eds. Ham's Primary Care Geriatrics. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders. p. 3
- Haynes RB. (2009). *Introduction*. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press. p. 1-7
- Hedegord, B. Franks A. (2006). *Geriatric Dentistry*. Oxford: Blackwell; p.709
- Hurtado, J. (2012). *Metodología de la investigación: guía para una comprensión holística de la ciencia* (4a. ed.). Bogotá-Caracas: Ciea-Sypal y Quirón
- Instituto Nacional de Nutrición (INN) del estado Lara
- [Jardineria.net/actividad-fisica-en-la-jardineria](http://Jardineria.net/actividad-fisica-en-la-jardineria)
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS) promulgada el 30/12/2002
- López D. (2005). *Sentimiento de soledad en la vejez*. Revista Internacional de Sociología.
- López, I.F.D. (2001) *Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México*. Rev. Mex Patol Clin (2001); 48(1):03-06.
- Mansilla, H. et. al. *Estilos de Vida Saludables*. España; 2011.

- Mark, H. B. y Robert, Berkaw. (1999). *Manuel Merck de Geriatria*. 2ª. Ed. Editorial Harcourt. Barcelona, 1992. Ediciones DOYMA,
- Marín I P. (2000). *Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral*. Rev Med Chil 2000.
- Martín (2005) *Prevención del Tabaquismo*. Revista de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPA. Volumen 16 · Número 4 · Octubre/Diciembre.
- Mataix J, M. (2002) *Edad avanzada en nutrición y alimentación humana*. II. Tomos. (Ed) J Mataix. Ergon. p. 883-902
- Mathews CK, van Holde KE, Ahern KG. (2002). *Bioquímica*. 3ra. Edición. Madrid: Adison Wesley Pearson Education.
- MedlinePlus. Pruebas de laboratorio: <https://medlineplus.gov> › Página Principal › Temas de salud
- Molina, C., Meléndez, J. & Navarro. E. (2008). *Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados*. Anales de Psicología, 24 (2), 312-319.
- Oficina Central de Estadística e Informática (2000) *Informe sobre desarrollo humano en Venezuela*.
- Olaizola C, Esté M, Tapia M, Carmona A, Emaldi U. (2006). *Hacia un programa de promoción del consumo de frutas y verduras en Venezuela*. Rev.Chil.Nutr. 33: 306-315
- Ortega Velazco D (1996). Envejecimiento oral. En: Bollón Fernández, P, Velazco Ortega D. *Odontoloestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada*. Madrid: Coordinación Editorial IMC;. pp.159, 164-6.
- Organización Mundial de la Salud (2011) *Programa de Envejecimiento y Salud. Envejecimiento Saludable*. Ginebra, 1998

Organización Mundial de la Salud. *Datos estadísticos*- República Bolivariana de Venezuela. Actualizado en 2013. Disponible en: <http://www.who.int/countries/ven/es/>

Organización Mundial de la salud. *Datos y cifras: envejecimiento y ciclo de vida*. OMS; 2017[Link].

Organización Mundial de la Salud (2008). *Adulto mayor* Disponible:[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/dionne\\_e\\_mf/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf) [Consulta: 2018, Marzo 27] [Link].

Osorio, P., Torrejón, M. J., Meersohn, C y Anigstein, M. (2011). *Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile*. Salud & Sociedad, 2,2, 204- 217

Oviedo, J (2017). *En Lara padece déficit nutricional*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.laprensalara.com.ve/?p=388343> [Consulta: 2018, febrero 03]

Palella, S. y Martins, F. (2003). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. (2da ed). Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Experimental Libertador FEDEUPEL

Pardo, C. y Rodríguez, O. (2016) *Estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor institucionalizado*. [Tesis maestría]. Venezuela

Pérez, A. (2008). *Guía Metodológica para Anteproyectos de Investigación*. Caracas-Venezuela

Pérez Castro T. (2007) Apuntes de enfermería geriátrica. España 29.

Pérez, H. A. M. (2014). *La percepción social de la vejez*. Recuperado de [http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/585/La\\_percepcion\\_social\\_de\\_lavejez.pdf?sequence=](http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/585/La_percepcion_social_de_lavejez.pdf?sequence=)

Pérez, L. y Kaufer H. (2013). *Nutriología médica*. España: Editorial Médica Panamericana, S.A

Quiñones, P. et. al. (2013). *Esperanza de Vida*. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013.

Ramírez, M. (1999). Población y *Muestra*. Disponible: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/01/poblacion-y-muestra.html>[Consulta: 2018, Jun 29]

Restrepo, S; Morales, R; Ramírez, M; López, M y Varela, L (2006). *Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud* [Documento en línea]. Disponible: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182006000500006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006) [Consulta: 2018, junio 14]

Reyes E. de Baldizón, Silvia E. Factores que intervienen a llevar estilos de vida saludables en el personal de los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres en el Hospital San Vito, Petén”. Julio 2008 <[http://Biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8580.pdf](http://Biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8580.pdf)> (Junio 2018)

Reyes, G., Abalo. G. y Labrador, P. (1999). *La promoción de la salud y la prevención* - [https://www.researchgate.net/.../259027038\\_La\\_promocion\\_de\\_la\\_salud\\_y\\_la\\_pre](https://www.researchgate.net/.../259027038_La_promocion_de_la_salud_y_la_pre) venci

Sánchez, F. (2017) *Hábitos Alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal. Alcaldía Metropolitana de Caracas*. [Tesis maestría]. Universidad Central de Venezuela.

Sánchez, De la Cruz, Cerecedaa, y Espinoza (2014). Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. *Anales de la Facultad de Medicina*, Recuperado en 21 de agosto de 2018, de la pág. Web. <http://www.scielo.org>.

Santillana, S. Mra. D. (2013). *Importancia del control médico del adulto mayor* Colombia. [Citado 2018 junio. 13]. [10 páginas]. <http://massalud-mejorvida.blogspot.com/2013/12/importancia-del-control-medico-del.html>

Silvestri, C. (2011). *Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud en Adultos Mayores de más de 70 años*. 24–30. Disponible: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111529.pdf>

- Socarrás, M. (2009). La alimentación y nutrición para personas mayores de 60 años. *Revista de Ciencias Médicas*. (8)1. [Link].
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2005). *Actividad física*.
- Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile (2016) *Recomendaciones para un Adulto Mayor saludable*. Post SALUDABLE\_01. <https://www.socgeriatria.cl> Consultada: 21-08-2018.
- Soifer G, (2001). *Nutrición y tercera edad*. Buenos Aires: Abbott Laboratorios Arg. S.A. p.67-130
- Supo, J. (2015) *Como empezar una tesis*. Caracas-Venezuela. Editorial: Bioestadística.
- Tamayo (2012) *El marco teórico – antecedentes* [Documento en línea]. Disponible: <http://florfanyasantacruz.blogspot.com/2015/08/el-marco-teorico-antecedentes.html> [Consulta: 2018, febrero 03]
- Trejo, J y Rodríguez, L (2014) *Bases legales* [Documento en línea]. Disponible: <http://leydirodriguez1.blogspot.com/> [Consulta: 2018, Marzo 27]
- Treviño-Siller S, Pelcastre V. Márquez S M. *experiencias de envejecimiento en el México Rural*. SPM; 2006 48:30-38
- Valero, M, León, M. (2004). *Malnutrición en el anciano*. En: Carmen Gómez C, Reuss Fernández J. editores. *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos*. Madrid: Editorial Novartis Consumer Health, 2004: p. 35-43
- Vásquez, M. (2011). *Trabajo de investigación tercera parte*. Disponible en: [http://mireyavasquez.blogspot.com/2011/08/trabajo-de-investigacion-tercera-parte\\_31.html](http://mireyavasquez.blogspot.com/2011/08/trabajo-de-investigacion-tercera-parte_31.html). [Consulta: 2018, junio11]
- Vera A, Figueroa O, Soto I, Salvi C, Chacón O y Otros (2016). *Tendencia de la Desnutrición Grave en el Hospital Universitario de Caracas*. Tesis (Maestría) Universidad Central de Venezuela.
- Watson J. (1998). *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League of Nursing, p. 158

**ANEXO A**  
**CARTA DE VALIDACIÓN**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA Y GERIATRÍA**



**CARTA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_ titular de la C.I: \_\_\_\_\_, por medio de la presente hago constar que el instrumento de la recolección de datos diseñado para la investigación que lleva por título **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**, presentado por la licenciada María Eugenia Lozada, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerado válido y confiable, por lo tanto, apto para ser aplicado en el logro de los objetivos de su investigación.

En la ciudad de Naguanagua, al día \_\_\_\_ de junio de 2018.

\_\_\_\_\_  
Firma

**ANEXO B**  
**CONFIABILIDAD**

## INFORME DE CONFIABILIDAD

El instrumento elaborado por la Lic. María Eugenia Lozada para recolectar información sobre **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR (Variable I) Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE (Variable II)** se le aplicó la prueba de Kuder - Richardson 20 para evaluar su confiabilidad, obteniéndose los siguientes resultados:

### Variable I:

$$KR_{20} = n/(n-1) * [1 - (\text{suma de var ítems}/\text{varianza test})]$$

$$KR_{20} = (17/16) * [1 - (3,97/38,41)] = 0,95$$

### Variable II:

$$KR_{20} = n/(n-1) * [1 - ((\text{suma de var ítems}/\text{varianza test}))]$$

$$KR_{20} = (23/22) * [1 - (4,63/22,65)] = 0,83$$

Los resultados de ambas confiabilidades fueron adecuados de acuerdo a la información que proporciona los calculados realizados en el anexo a este informe, por lo que se recomienda la aplicación del instrumento a la muestra de sujetos que formaran el estudio diseñado según las variables en investigación.

Atentamente,




---

José A. García Ayuso  
 Profesor Jubilado  
 Departamento de Salud Pública  
 Universidad de Carabobo

Valencia, 14 de Septiembre del 2018

**ANEXO C**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado adulto mayor.

Se le invita a participar en el estudio titulado “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE”.

El objetivo del presente estudio es determinar la relación que existe entre los factores que influyen en la alimentación del adulto mayor en sus factores régimen alimenticio y socioeconómico y su estilo de vida saludable, en sus factores promoción de la salud y actividades físicas.

La participación es totalmente voluntaria y anónima, de modo que no es necesario que EXPRESE su nombre, ni que se identifique de ninguna otra forma. Asimismo se le comunica que la información recibida será utilizada exclusivamente para el presente trabajo. Si Ud. acepta participar, deberá responder a todas las preguntas que se le realizará, para evitar datos incompletos. Se le agradece de antemano su valiosa colaboración, en este estudio de investigación.

Atentamente,

María Eugenia Lozada

La autora

**ANEXO D**

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA GERONTOLOGÍA Y GERIÁTRICA**

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE:**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION  
DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

**Autora:**  
María Eugenia Lozada

Naguanagua, junio de 2018

## PRESENTACIÓN

Estimado adulto mayor:

Agradecemos su colaboración por su aporte con la Investigación de Título: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR Y SU ESTILO DE VIDA SALUDABLE”, como requisito para optar al título de **Magíster en Enfermería Gerontológica y Geriátrica** en la Universidad de Carabobo.

El instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, garantizándole que la información que proporcione será estrictamente confidencial, por tal motivo se le agradece responder con sinceridad, puesto que los datos obtenidos serán utilizados solo para dar consistencia y confiabilidad a la investigación que se realiza.

Atentamente,

La investigadora

## INSTRUCCIONES

1. Lea detenidamente el cuestionario antes de responder las preguntas
2. El cuestionario está conformado por un conjunto de preguntas, cada una tiene un total de dos alternativas, selecciona una sola y marque según su opinión una X en la que se ajusta a su consideración.
3. No deje pregunta sin contestar, sus respuestas son valiosas. No firme este instrumento por tener carácter anónimo se le agradece la veracidad con la cual responda a las interrogantes

Gracias por su valiosa colaboración

## I PARTE: Datos Sociodemográfico de los adultos mayores

Marque con una (X) en la casilla correspondiente

Sexo: F ( ) M ( )

Edad:

Nivel Académico:

Primaria Completa ( )      Primaria incompleta ( )

Secundaria Completa ( )      Secundaria incompleta ( )

Técnico Completo ( )      Técnicos Incompleto ( )

Universitaria Completa ( )      Universitaria Incompleta ( )

Estado Civil:

Viudo ( ) Divorciado ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Concubino ( )

Ocupación:

Jubilado ( ) pensionado ( ) Ama de casa ( ) Empleado ( ) Trabajador independiente  
( )

## PARTE II

**Instrucciones:** lea detenidamente el cuestionario antes de responder las preguntas marque según su opinión una X en la que se ajusta a su consideración.No deje pregunta sin contestar, sus respuestas son valiosas.

<b>Variable 1. Alimentación del adulto mayor</b>			
Ítems	Preguntas	Si	No
1	¿Prepara sus propios alimentos?		
2	¿Sabe cómo combinar los alimentos?		
3	¿Tiene un horario establecido para el consumo de alimentos?		
4	¿Siente que su mucosa bucal se reseca con frecuencia?		
5	¿Posee dentición natural completa?		
6	¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos tipos de alimentos, tales como la carne o las manzanas?		
7	¿Limita el tipo o la cantidad de alimentos que come debido problemas con sus dientes?		
8	¿Sus prótesis le permiten comer cualquier alimento sin sentir molestias o dolor?		
9	¿Tiene dificultades para percibir los sabores?		
10	¿Tiene dificultades para percibir los olores?		
11	¿Compra alimentos de la dieta diaria con frecuencia?		
12	¿Compra los alimentos de su preferencia?		
13	¿Participa con los familiares en la compra de alimentos para la dieta diaria?		
14	¿Consume solo los alimentos que consume el grupo familiar?		
15	¿Consume solo los alimentos que le proporcionan los amigos?		
16	¿Posee asignación de pensión?		
17	¿Posee asignación de jubilación?		

<b>Variable 2. Estilos de vida saludable</b>			
Ítems	Preguntas	Si	No
18	¿Asiste a Consulta Médica periódica? _		
19	¿Asiste con frecuencia a la Consulta Médica?		
20	¿Cumple con las Prescripciones terapéuticas?		
21	¿La enfermera le imparte educación para la salud en la consulta?		
22	¿Se ha realizado pruebas de laboratorio de Rutina?		
23	¿Se realiza las pruebas de laboratorio con frecuencia?		
24	¿Consume usted alcohol?		
25	¿Lo hace con frecuencia?		
26	¿Consume más de dos vasos al mes?		
27	¿Fuma usted actualmente?		
28	¿Lo hace con frecuencia?		
29	¿Fuma más de 3 cigarrillos al día?		
30	¿Limpia la casa o el piso (barrer)		
31	¿Requiere de ayuda para limpiar los muebles de la casa?		
32	¿Realiza la limpieza de la cocina después de preparar la comida?		
33	¿Realiza la limpieza de la nevera con frecuencia?		
34	¿Realiza una selección cuidadosa de alimentos para tener una alimentación saludable?		
35	¿Elige la forma de cocción de los alimentos?		
36	¿Prepara su propio desayuno?		
37	¿Realiza la limpieza del jardín con regularidad?		
38	¿Riega las plantas a diario para mantenerlas en buen estado?		
39	¿Requiere de ayuda para sembrar una planta?		
40	¿Necesita ayuda para abonar las plantas?		