



Universidad del Azuay

Departamento de Posgrados

Especialidad de Medicina Familiar y

Comunitaria

**ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR
Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN FAMILIAR
Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, CENTRO
DE SALUD LUXEMBURGO 2018.**

Autora:

Cecibel Rivadeneira Cevallos

Director:

Pedro Martínez Borrero

Cuenca-Ecuador

2018

**ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN FAMILIAR Y
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, CENTRO DE SALUD LUXEMBURGO 2018.**

Agradecimiento

El presente trabajo ha requerido de esfuerzo y dedicación, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que me acompañaron en el recorrido laborioso de este trabajo. Agradezco a los docentes de la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad del Azuay, en especial a mi Director de Tesis, el Dr. Pedro Martínez por guiar esta investigación y formar parte de la misma. Agradezco al Centro de Salud Luxemburgo, por el apoyo brindado y facilitación de recursos.

Índice

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | Titulo..... | i |
| 2 | Agradecimiento..... | iii |
| 3 | Índice..... | iv |
| 4 | Resumen..... | 6 |
| 5 | Introducción..... | 8 |
| 6 | Objetivos..... | 11 |
| 7 | Marco teórico..... | 12 |
| | 7.1 Envejecimiento..... | 13 |
| | 7.2 Malnutrición..... | 14 |
| | 7.3 Estado nutricional..... | 15 |
| | 7.4 Peso y talla..... | 15 |
| | 7.5 Índice de masa corporal..... | 16 |
| | 7.6 Actividades de la vida diaria..... | 17 |
| | 7.6.1 Índice de Katz..... | 17 |
| | 7.7 Funcionalidad familiar..... | 17 |
| | 7.7.1 FFSIL..... | 18 |
| | 7.8 Función familiar..... | 18 |
| | 7.8.1 Clasificación de las familias por su estructura..... | 18 |
| 8 | Hipótesis..... | 19 |
| 9 | Metodología..... | 20 |
| | 9.1 Variables..... | 20 |
| | 9.2 Muestra..... | 21 |

| | |
|-------------------------|----|
| 10 Resultados..... | 24 |
| 11 Discusión..... | 30 |
| 12 Conclusiones..... | 32 |
| 13 Recomendaciones..... | 33 |
| 13 Bibliografía..... | 34 |
| 14 Anexo..... | 38 |

Resumen

En nuestro país, se encuentra en marcha un proceso silencioso de transición demográfica, la esperanza de vida, gracias al mejoramiento de determinantes de la salud se ha incrementado. Por lo cual se debería tomar acciones que orienten a un envejecimiento saludable, pues el impacto que genera es multidimensional, afectando al adulto mayor, su familia y a la comunidad a la que pertenece.

Ante estas consideraciones se realizó una investigación de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal, donde se valoró la relación entre malnutrición con las actividades de la vida diaria, función y funcionalidad familiar. La muestra lo constituyeron 141 adultos mayores del Centro de Salud Luxemburgo. Los datos recopilados fueron procesados a través del SPSS y para determinar la asociación entre variables se empleó la prueba probabilística no paramétrica de chi cuadrado. Los resultados obtenidos demostraron que la funcionalidad familiar no afecta la nutrición en el adulto mayor.

Palabras claves: adulto mayor, funcionalidad, función familiar, actividades de la vida diaria, familia.

ABSTRACT

Our country is in a silent process of demographic transition, life expectancy has increased due to the improvement of health determinants. Therefore, actions should be taken to guide people to healthy aging since the impact it generates is multidimensional. This affects the elderly, their families and the community to which they belong. A descriptive, quantitative and cross-sectional investigation was carried out. The relationships between malnutrition, function, family functionality and daily life activities were assessed. The sample consisted of 141 senior citizens at the " Centro de Salud Luxemburgo". The collected data was processed through the SPSS software and the non-parametric Chi-squared probabilistic test was used to determine the association between variables. The obtained results showed that family functionality does not affect nutrition in the elderly.

Keywords: elderly, functionality, family function, activities of daily living, family.



A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'P' followed by 'Arpi'.

Translated by
Ing. Paúl Arpi

Introducción

La población de adultos mayores en Ecuador ha crecido considerablemente debido a que la esperanza de vida ha ido en aumento como consecuencia de un mejoramiento de variables de salud, incremento en calidad de atención y prácticas médicas, al igual que en muchos otros países, por ello se hace necesario conocer la situación de los ancianos en mi zona de salud, su influencia familiar, social y de salud, para que al tomar medidas correctas que garanticen su atención integral. El cuidado de la salud del adulto mayor no se trata de un tratamiento de sus enfermedades sino que incluye también la prevención y educación para así lograr prevenir alteración en la alimentación, ya que una nutrición adecuada es eficaz, para prolongar la vida, y la calidad de la misma.

En el proceso de envejecimiento coexisten una serie de factores sociales que pueden favorecer las alteraciones en la apetencia por los alimentos propia de cada individuo y en el proceso de digestión, dificultando la capacidad de nutrirse adecuadamente; el análisis de estos factores, nos permitirá buscar alternativas correctoras o paliativas.

El presente realiza el estudio de la función y estructura de las familias de los adultos mayores, la influencia de otros factores como sexo, edad y etnia sobre la nutrición, para posteriormente determinar la relación del entorno familiar en la evolución del proceso de enfermedad de los pacientes adultos mayores.

De lo anteriormente anotado se puede deducir que, para un servicio que brinde atención médica integral con un enfoque biopsicosocial, es necesario un correcto estudio de la familia.

Este estudio nos permitirá el desarrollo de posteriores intervenciones dirigidas a las familias con el fin de mejorar los estilos de vida de todos los miembros de estos hogares, así como el desarrollo de estrategias locales para el manejo, disminución de complicaciones y facilitar el empoderamiento del adulto mayor y su familia con efecto indirecto en la disminuir el gasto social y económico que este problema genera, favoreciendo de esta manera la adecuada promoción de salud.

Por todo lo mencionado me he propuesto como objetivo principal: Determinar la relación del estado nutricional con la función familiar y actividades de la vida diaria de los pacientes adultos mayores que acuden al Centro de Salud Luxemburgo, Macas en el periodo 2018. Como objetivos secundarios: conocer las características de la población, determinar el estado nutricional del adulto mayor, categorizar la funcionalidad familiar en el adulto mayor, identificar a los pacientes que mantienen

actividades de la vida diaria en su domicilio, deducir la relación existente entre funcionalidad familiar y nutrición en el adulto mayor y relacionar el estado nutricional con las actividades de la vida diaria.

Para la obtención de datos se tomará peso y talla para calcular el índice de masa corporal y el estado nutricional y se aplicarán los instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar y las actividades de la vida diaria. Para procesar los datos y el análisis se utilizará el programa SPSS versión 22.

Y finalmente nos planteamos la hipótesis de: las familias del adulto mayor que acuden al Centro de Salud Luxemburgo con malnutrición son disfuncionales.

Planteamiento del problema

El Centro de Salud Luxemburgo, se encuentra ubicado en la ciudad de Macas y brinda atención tanto a personas de etnia mestizas, shuar y ashuar. El cuidado de la salud de los ancianos no consiste sólo en un eficaz tratamiento de sus enfermedades sino que incluye también la prevención de aquellas en cuya base radica la alimentación, ya que una nutrición adecuada es eficaz, no sólo para prolongar la vida, sino también la calidad de la misma. La población en general está sufriendo un proceso de envejecimiento que va en incremento, además que muchos de los adultos mayores en mi comunidad viven solos y con una mínima ayuda familiar en sus casas, que es donde generalmente comen, por lo cual concluimos que la ancianos se encuentra en riesgo de malnutrición, por lo tanto como médico de primer contacto es necesario tener presente dicha situación para lograr una prevención temprana, evitando que lleguen al estado de malnutrición.

Como en todos los ciclos vitales del ser humano existen cambios significativos ya sean biológicos o psicológicos, lo mismo o talvez con un mayor impacto se da en los adultos mayores lo cual va a estar relacionado con estilos de vida positivos o negativos, su familia y todo aquello que lo rodea lo cual tiene que ver con bienestar del individuo. En la práctica diaria he observado que todo lo mencionado se encuentra relacionado con la malnutrición del adulto mayor. Además que de acuerdo a cada cultura existe una visión diferente de lo que es llegar a esta etapa, algunos la consideran un logro mientras que otros lo ven como llegar a ser una carga, por ello el miedo de llegar a la ancianidad. Dentro de la familia se conjugan una serie de acontecimientos que permiten el desarrollo de sus integrantes. Es de suponer que si los adultos mayores crecen en un entorno familiar favorable socioeconómico y afectivo, podrían llegar a tener un buen estado nutricional. Por lo que nos indica lo relevante que el adulto mayor se encuentre rodeado de sus familiares, cuente con amistades y servicio social.

Concluimos, que al saber que aumenta la cantidad de personas en esta última etapa y que su estado físico y psicológico cambia y que la nutrición es influenciado de manera negativa o positiva por las características de su estructura familiar, funcionalidad, etnia, genero, costumbres, afectividad e independencia, los cuales contribuyen a llegar con una mejor calidad de vida pero que también puede ser causa de discapacidad, aislamiento y desnutrición, por lo que nos preguntamos: ¿Las familias del adulto mayor que acuden al Centro de Salud Luxemburgo con malnutrición son disfuncionales?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación del estado nutricional con la función familiar y actividades de la vida diaria de los pacientes adultos mayores que acuden al SCS Luxemburgo, Macas en el periodo 2018.

Objetivos específicos

- ▶ Caracterizar a la población de acuerdo a su edad, género, etnia y estado civil.
- ▶ Determinar el estado nutricional del adulto mayor
- ▶ Categorizar la funcionalidad familiar en el adulto mayor
- ▶ Reconocer a los pacientes que mantienen actividades de la vida diaria en su domicilio.
- ▶ Deducir la relación existente entre funcionalidad familiar y nutrición en el adulto mayor.
- ▶ Relacionar el estado nutricional con las actividades de la vida diaria.

Si consideramos que la familia es una red integral de apoyo y necesaria para el adulto mayor, en donde ocurren procesos que determinan su funcionamiento y estabilidad emocional, por lo que es importante profundizar en cada uno de los elementos que intervienen en el estado nutricional de los adultos mayores, para así conseguir una mejora importante en su salud.

Marco teórico

Antecedentes:

A nivel de la población ecuatoriana según el último censo de población y vivienda que se realizó en el año 2010 la prevalencia de adultos mayores es del 6.5%, correspondiendo un 53% para las mujeres y 47% para los hombres. (INEC, 2010). Además en los datos recolectados por el CEPAL, en el periodo 2010-2015 ha estimado que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad; señalando que nuestro país está en un período de transformación demográfica, por lo que podemos decir que un problema de salud es el estado nutricional de nuestros adultos mayores, el cual está relacionado con la salud, funcionalidad y calidad de vida de esta población. (Bernal et.al., 2008).

Para evaluar el estado de salud de las personas adultas de 60 o más años se realizó la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE 2010), donde manifiesta que aproximadamente un 43% de personas adultas mayores se encuentran en riesgo de malnutrición y que son de mayor prevalencia en mujeres que en hombres.

Avila y Perez en el 2013 en Toluca, México realizaron un estudio en 155 adultos mayores donde se observó que los pacientes que presentaron malnutrición y riesgo de malnutrición son directamente proporcional con el grado de la disfuncionalidad familiar. En otro estudio realizado en personas de la tercera edad de la India, en el 2015 Agarwalla y Cols, vieron en un estudio que existía en un gran porcentaje relación entre malnutrición y riesgo de malnutrición, con la edad, genero, nivel de autovalencia y mala alimentación. Así como también Carrasco, Elizalde y Tene en el 2015 realizaron un estudio en 103 pacientes geriátricos pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar en México donde concluyeron que los adultos mayores con riesgo de malnutrición y malnutrición fue mayor en el grupo con disfunción familiar frente a un pequeño grupo sin disfunción familiar.

En el 2004 Hughes et al. Comprobaron en su estudio que la malnutrición es atribuible a la disminución de los requerimientos energéticos propia de un envejecimiento saludable y al vivir solo.

Velasquez en el 2010 aplico un estudio en 426 ancianos donde detectaron que la desnutrición estaba en relación con sus actividades de la vida diaria.

A nivel de la ciudad de Macas no se han realizados estudios relacionados con el tema en mención, por lo que considero importante desarrollar esta tesis y con el resultado final poder intervenir positivamente en este grupo tan vulnerable y olvidado.

Envejecimiento:

Al envejecimiento es un proceso progresivo, de todos los seres humanos que se encuentra relacionado con varios cambios en todos los aspectos biopsicosociales, que se producen en todos los seres humanos de acuerdo a los factores que lo rodean. El envejecimiento fisiológico es normal, por lo que tenemos que saber aceptarlo y sobrellevarlo de la mejor manera para evitar enfermedades discapacitantes lo cual va a modificar la calidad de vida. (MSP. 2008, 15).

Según la OMS 2008 podemos clasificar a los adultos mayores de la siguiente manera:

- 60 a 74 años: Ancianos jóvenes.
- 75 a 84 años: Ancianos viejos.
- 85 a 99 años: Ancianos longevos.
- Mayores de 100 años. Centenarios

Además se puede clasificar a los adultos mayores desde la perspectiva que contempla sus características biopsicosociales. Así, la persona mayor puede ser considerada (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2016- 3):

- Anciano sano cuando no padece enfermedad crónica, y no presenta ningún problema a nivel social.
- Anciano enfermo es quien tiene alguna enfermedad crónica sin ser anciano de riesgo. De forma transitoria aquí tenemos a las enfermedades agudas.
- Anciano en situación de riesgo cuando presenta: sufre patología crónica que no le permite realizar sus actividades de la vida diaria, permanece en su domicilio, vive solo, tiene más de 80 años, es pobre, presenta malnutrición, está aislado socialmente o carecer de apoyo familiar, haber perdido recientemente a su pareja y que esta nueva etapa aun lo afecte, finalmente tener una enfermedad en fase terminal.

La alimentación del adulto mayor tiene un papel importante durante este ciclo de vida, debido a que puede producir alteraciones de las funciones orgánicas, por ello la importancia de llevar una dieta adecuada. Es importante saber el estado nutricional de las ancianos, su dieta, familia, función y funcionalidad.

La alimentación es un proceso consciente, en cambio la nutrición es un proceso involuntario relacionado con la adecuada digestión y absorción de los nutrientes de los alimentos; con la edad estos procesos (alimentación, nutrición), se afectan (Aramak, 2010).

Malnutrición

La malnutrición es una alteración por defecto del estado nutricional. La cual produce alteración del peso (reducción en relación con el peso ideal, porcentaje de disminución de peso en relación con el peso habitual en un tiempo determinado), parámetros antropométricos (IMC, circunferencia muscular del brazo) y analíticos (reducción de albuminemia, linfocitos y transferrina), en determinadas combinaciones (Álvarez et al., 2016).

Los cambios del envejecimiento que afectan más directamente a la nutrición son (Álvarez et al., 2016.):

- Reducción de la masa corporal y alteración en su composición: produciendo un incremento del de la grasa, reduciendo la masa muscular a partir de los 60 años y sobre todo a partir de los 80 años.
- Disminución de las necesidades energéticas, lo cual se va a dar por una marcada reducción del metabolismo basal esto debido a una menor masa muscular activa y pérdida de actividad física.
- Cambio del metabolismo proteico: síntesis lenta, reducción de depósitos, recambio total más lento de proteínas orgánicas, disminución de la albúmina total e intersticial, sin tener ninguna relación con la dieta.
- Disminución inmunológica: presenta riesgo de padecer infecciones y cáncer.
- Disminución de la secreción ácida gástrico: menor absorción de calcio, hierro, ácido fólico, zinc, vitamina B12. Alteración en el sentido del gusto y del olfato.

Entre los factores de riesgo de malnutrición en ancianos destacamos (Alvarez et al., 2016):

- Enfermedades: pluripatología.
- Alteraciones sensoriales.
- Enfermedades gastrointestinales.
- Alteraciones mentales y emocionales.
- Polifarmacia.

- Incapacidad.
- Fragilidad.
- Alcoholismo.
- Ingreso hospitalario.
- Intervenciones quirúrgicas

Es importante indicar, además aquellos factores psicosociales que predisponen a la malnutrición del adulto mayor (Alvarez et al., 2016):

- Soledad, viudez.
- Incapacidad física o psíquica para la adquisición y preparación correcta de alimentos.
- Problemas económicos.
- Trastornos afectivos y cognitivos.

El MSP 2008 señala que la al realizar un examen del estado nutricional nos ayuda a saber el riesgo que tiene en padecer una malnutrición. El régimen de alimentos se puede saber al hablar con en individuo y posterior a eso realizar cambios en la misma.

Estado nutricional

Al hablar de malnutrición especialmente en personas de edad avanzada se debe considerar dos aspectos: por exceso o por déficit. Respecto al exceso, las personas ingieren más de lo que necesita su organismo, lo que causa un aumento del contenido graso total y la adiposidad central aumento de la masa corporal, mayor predisposición a comorbilidades asociados con la obesidad y reducción de la actividad física. La desnutrición, se da por una limitada ingesta de alimentos, debido a las dificultades socio-económicas, falta de información y conocimiento sobre buenos hábitos alimenticios y como ya hemos mencionado a los mismos cambios que sufre el adulto mayor como soledad, disfunción familiar, problemas de masticación o deglución, función gastrointestinal, polifarmacia, etc. (Miranda, 2015).

Peso y talla

El peso y la talla son las mediciones más usadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global.

Para tomar adecuadamente la talla es necesario que el paciente se encuentre de pie, en posición de atención antropométrica, con los talones juntos, glúteos, espalda y región occipital en contacto con el

plano vertical del tallímetro. En los adultos mayores existe una gran prevalencia de patologías que lo llevan permanecer en la cama, lo que dificulta la toma de la talla, por este motivo se han desarrollado otras formas de hacer una aproximación lo más exacta. Chumlea, Roche y Steinbaugh en 1985 formularon unas ecuaciones para calcular la estatura a partir de la altura de la rodilla y unos años después Arango y Zamora en 1995 desarrollan una fórmula a partir de la medida de la distancia rodilla-maléolo externo midiéndola con una cinta métrica:

| FÓRMULA ALTURA RODILLA - TALÓN DE CHUMLEA <i>et al.</i> ³ |
|---|
| <i>Para la talla del hombre = (2,02 × altura rodilla) - (0,04 × edad) + 64,19</i> <i>Para la talla de la mujer = (1,83 × altura rodilla) - (0,24 × edad) + 84,88</i> |
| <p align="center">Fórmula rodilla – maléolo de Arango y Zamora⁴</p> <i>Para la talla del hombre (cm) = (LRM × 1,121) – (0,117 × edad años) + 119,6</i> <i>Para la talla de la mujer (cm) = (LRM × 1,263) – (0,159 × edad años) + 107,7</i> |

Chumlea et al., 1985
Arango y Zamora, 1995.

El peso es una medida sencilla utilizada con frecuencia y no únicamente en las áreas de salud. Se requiere simplemente de una báscula suficientemente precisa. Es un indicador necesario, pero no suficiente para medir la composición corporal. En cambio, la comparación del peso actual con pesos previos, permite estimar la trayectoria del peso. Siendo esta información necesaria, teniendo en cuenta que las pérdidas significativas son predictivas de discapacidad en el adulto de edad avanzada.

Índice de masa corporal

El índice de masa corporal IMC lo cual se obtiene mediante el peso en kg dividido a la talla² en m². Es utilizada para saber el estado nutricional, como es el caso de nuestro estudio.

Los puntos de corte para evaluar el estado nutricional de adultos mayores son:

- < de 23: enflaquecido.
- 23.1 a 27.9: Normal.
- 28 a 31,9: Sobrepeso.
- > de 32: obesidad

Desde el punto de vista fisiológico la principal característica del envejecimiento es la pérdida progresiva de masa corporal magra, así como cambios en la mayoría de los sistemas corporales, lo que se traduce en una menor capacidad de adaptación del organismo a cambios internos y externos

y, por lo tanto, en una mayor susceptibilidad frente a situaciones de estrés físico y psíquico (Bezares et al., 2014).

Actividades en la vida diaria

Lo característico de todas las personas es su capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular, que se va desarrollando desde la niñez hasta su punto máximo en la edad adulta temprana. Posterior a lo cual se observa una disminución que se da en gran parte por factores externos como hábitos tóxicos, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física entre muchos otros hábitos que nos perjudica. La OMS y OPS definen a un adulto mayor funcionalmente sano, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. El concepto de adaptación funcional parece etéreo, lo cual podemos medirlo y comprobarlo.

El índice de Katz: es un instrumento que se emplea para evaluar la independencia de un adulto mayor en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En muchos casos, puede ser contestado por la propia persona en otros deben ser los familiares, más, en todo caso, deberá mediar una exploración adecuada. Se trata de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de labores. La capacidad para realizar cada una de las tareas se valora con 0, mientras que la incapacidad, con 1. (Ferreira, 2012):

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación (Tabla 1):

0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

4 - 6 puntos = incapacidad severa

Conocer la funcionalidad de los adultos mayores, con el índice de Katz y relacionarla con la nutrición, debe ser el precedente de cualquier plan de acción o política a seguir.

Funcionalidad familiar

En el estudio de Troncoso la calidad de vida de personas mayores está supeditada por la funcionalidad familiar, identificando que la autovalencia y el bienestar psicosocial de estas personas se presenta de mayor y mejor forma en familias funcionales.

El funcionamiento en la familia es un factor que en los adultos mayores puede ser protector o aislador, para cada uno de los integrantes. (Armas N. 2007)

El FF-SIL (Tabla 1): evalúa el Funcionamiento Familiar a través de la medición de los procesos más importantes en la dinámica familiar, mediante siete pilares vitales en las interacciones familiares y se sustenta en preguntas para medir cada uno de estos parámetros (Armas N. 2007, 105):

- **Cohesión:** Se refiere al grado de unión física y emocional de los diferentes miembros de la familia.
- **Armonía:** Se refiere al equilibrio emocional que viven cada uno de los subsistemas familiares y la familia como un todo.
- **Comunicación:** Evalúa la manera cómo se expresan los pensamientos y necesidades sin temor y abiertamente.
- **Adaptabilidad:** Mide la habilidad de la familia para reacomodarse ante una crisis normativa o paranormativa.
- **Afectividad:** Mide la capacidad de la familia para demostrar sus afectos entre todos los miembros.
- **Roles:** Evalúa el cumplimiento de las responsabilidades y repartición de tareas al interior de la familia.
- **Permeabilidad:** Valora la capacidad de la familia para relacionarse con otros subsistemas sociales.

Función familiar

Se entiende por función familiar al cumplimiento de las funciones como: socialización, cuidado, reproducción y status. Cada familia está integrada personas con diferentes pensamientos y problemas de índole personal, familiar y social los cuales pueden afectar o beneficiar la nutrición del adulto mayor.

La salud del grupo es el reflejo de la salud de cada uno de sus miembros y de las relaciones armoniosas entre ellos. Se define como familia a “la unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos en la misma casa y cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras, en el cuidado de los hijos propios o adoptados” (Armas. 2007).

Podemos clasificar a la familia según su estructura en:

- **Familia extensa:** viven en la misma familia más de dos generaciones.
- **Familia nuclear:** es la que se encuentra formada por dos individuos adultos que ejercen el papel de padres y sus hijos.

- Personas sin familia: son los adultos solteros que viven solos, divorciados o viudos que viven solos y ancianos viviendo solos.
- Equivalentes familiares: Individuos adultos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar.
- Familia corporativa: son grupos de individuos que viven bajo el mismo techo y están organizados alrededor de actividades importantes desarrolladas en común
- Familia ampliada: cualquiera de las formas de familia mencionadas anteriormente puede ampliarse con la presencia de un pariente con lazos de consanguinidad más lejanos.

(Armas, N. 2007)

Los adultos mayores que viven solos pueden tener dificultad en comprar y transportar los alimentos a sus hogares, y suelen tener dificultad en preparar comidas nutritivas. La familia es identificada como el principal acceso a no sentirse solo, brindando su protección social y representando un rol fundamental en la alimentación de las personas mayores, relacionado especialmente con la satisfacción de esta necesidad básica, al igual que su situación económica. (Troncoso, C. 2018)

Finalmente con todo lo expresado en la literatura podemos plantearnos la hipótesis: Las familias del adulto mayor que acuden al Centro de Salud Luxemburgo con malnutrición son disfuncionales.

Metodología

Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio, descriptivo cuantitativo de corte transversal, al contrastar la relación que existe entre estado nutricional del adulto mayor con la función, funcionalidad familiar y actividades de la vida diaria del Centro de Salud Luxemburgo en el año 2018.

Área de estudio

Este trabajo se desarrolló en los adultos mayores pertenecientes al Centro de Salud Luxemburgo, el mismo que se encuentra localizado en la ciudad de Macas, Provincia de Morona Santiago. Bajo nuestra jurisdicción se encuentran 9 barrios: La Loma, Norte, Jardín del Upano, Tinguichaca, 9 de Octubre, Lenin Moreno, El Mirador, Centro y Nueva Jerusalén. Gran parte de la población perteneciente al área de cobertura es mestiza y una menor parte Shuar sobre todo la que se encuentra residiendo en el Barrio Lenin Moreno, que es la más lejana al Centro de Salud. La población es de 4940 habitantes según proyecciones del Ministerio de Salud Pública de 2017, de los cuales son 221 adultos mayores, los que se convierten en el grupo de estudio.

En los últimos años, diversos cambios socioculturales, económicos y demográficos han introducido nuevos patrones de la alimentación y trato del adulto mayor, quienes antes eran considerados como personas con experiencias sabias, pero en la actualidad ciertas familias los ven como individuos que terminaron ya su vida útil y no se les presta la debida atención. De ahí que el análisis de la familia y su dinámica de organización en relación con la alimentación cobren importancia como la vía de identificación de aquellos factores que tienen una mayor relación con la malnutrición. Por lo tanto veo la necesidad de proponer la siguiente hipótesis: Las familias del adulto mayor que acuden al Centro de Salud Luxemburgo con malnutrición son disfuncionales.

Variables

Se utilizó un diseño no experimental en las cuales se procedió a utilizar las siguientes variables: estado nutricional, actividades de la vida diaria, funcionalidad familiar, función familiar, edad, estado civil y etnia, con los cuales podremos conocer qué factores son más influyentes en la malnutrición del adulto mayor.

Universo

El universo está conformado por los adultos mayores pertenecientes al Centro de Salud Luxemburgo según proyecciones del Ministerio de Salud Pública 2017, que da un total de 221 adultos mayores.

Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra adecuado para este trabajo, se utilizó la fórmula que se aplica cuando el universo de datos es conocido, con un margen de error del 5% y un índice de confianza del 95%, quedando de la siguiente manera:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: Es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos 31

e: Error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

n: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Aplicando la fórmula y usando los siguientes datos:

$$N = 221$$

$$k = 1,96$$

$$e = 5\%$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

Tamaño de la muestra: 141 participantes.

Finalmente se realizó una selección aleatoria de los adultos mayores que participaron en el estudio.

Criterios de inclusión:

Los criterios que se utilizó para incluir son: todos los pacientes que vivan en la ciudad de Macas bajo la jurisdicción del Centro de Salud Luxemburgo entre febrero y mayo del 2018, que acepten el consentimiento informado y sean mayores de 65 años.

Criterios de exclusión:

Se excluirán a los pacientes con enfermedades psiquiátricas, o cualquier otra patología que imposibilite la comunicación y obtención de datos.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron durante la realización de este estudio son:

- Índice de masa corporal, con la toma previa de peso y talla: para la realización de las medidas antropométricas, se utilizó una balanza y un tallímetro, los que pertenecen al Centro de Salud.
- Escala de Funcionamiento familiar FF-SIL (anexo 1): para valorar la funcionalidad familiar se utilizará el test FF SIL, que se aplicará a los adultos mayores en estudio, vivan solos o acompañados. Este instrumento mide 7 áreas que son: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y participación. La encuesta la realizará la autora del estudio.
- Índice de Katz (anexo 2): instrumento para evaluar la independencia de una persona en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Se trata de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas.
- Genograma: es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos.

Confiabilidad y validez:

Para la recolección de la pesquisa se empleó los test y obtención del índice de masa corporal a todos los adultos mayores que conformaron la muestra de acuerdo a criterios de aleatorización. El mismo fue pilotado en una submuestra de 10 adultos mayores de la comunidad de Macas pertenecientes a centro de salud INFA, cuyo grupo no pertenece al del estudio actual, para comprobar su fiabilidad. En

este estudio se comprobó que los pacientes con malnutrición pertenecían a familias solas y disfuncionales.

Procedimientos

La obtención de los datos se realizó en dos escenarios:

1. En el SCS Luxemburgo: se efectuó la identificación de los pacientes (según la historia clínica), donde se obtuvo los datos de los que acudieron espontáneamente.
2. A los que no asistieron se procedió a realizar visitas domiciliarias donde se recopiló la información.

Lo primero que se realizó con la persona seleccionada para el estudio fue explicarle en forma clara sobre el tema y los objetivos del mismo, seguido de la obtención de la firma del consentimiento informado, para posteriormente realizar el llenado de los test de FF SIL, genograma, índice de Katz e índice de masa corporal previa toma de peso y talla. Posteriormente se elaboró base de datos para su análisis e interpretación así como la descripción de los resultados.

Resultados

El presente trabajo se realizó en un total de 141 adultos mayores, de las cuales 83 correspondieron a pacientes de sexo femenino y 58 pacientes de sexo masculino, población que corresponde al Centro de Salud Luxemburgo ubicado en la ciudad de Macas, donde se seleccionaron a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión señalados anteriormente. A continuación se dan a conocer los resultados obtenidos luego de aplicado el instrumento de recolección de datos, de acuerdo a los objetivo general y objetivos específicos señalados anteriormente. Al culminar el estudio se negó la hipótesis planteada en la cual no se observó relación entre malnutrición y familias disfuncionales del adulto mayor.

Cuadro 1: Distribución de los adultos mayores según el sexo

| | | Porcentaje |
|--------|--------|------------|
| Válido | Hombre | 41.1 % |
| | Mujer | 58.9 % |
| | Total | 100.0 % |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora.

El cuadro 1 muestra la distribución de acuerdo al sexo de los adultos mayores, existiendo un predominio de mujeres con un 58.9%.

Cuadro 2: Distribución de adultos mayores según su estado civil.

| | | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| Válido | Soltero | 1.4 % |
| | Casado | 56.0 % |
| | Viudo | 17.7 % |
| | Divorciado | 24.8 % |
| | Total | 100.0 % |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora.

En el cuadro 2 se observa la distribución de los adultos mayores según su estado civil, donde el 56 % están casados, esta tendencia se mantiene por que la cultura tradicional es la de mantener su matrimonio hasta su muerte.

Cuadro 3: Distribución de adultos mayores según su auto identificación.

| | | Porcentaje |
|--------|---------|------------|
| Válido | Shuar | 19.1% |
| | Mestizo | 80.9% |
| | Total | 100.0% |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora.

La distribución de los adultos mayores según su auto identificación, denota que el 80.9% se consideran mestizos lo cual se debe a que la ubicación de Centro de Salud Luxemburgo se encuentra en la zona urbana y un 19.1% corresponde a la etnia shuar.

Cuadro 4: Distribución de los adultos mayores según su estado nutricional.

| | | Porcentaje |
|--------|------------------------|------------|
| Válido | Enflaquecido ≤ 23 | 7.8% |
| | Normal | 34.8% |
| | Sobrepeso | 32.6% |
| | Obesidad ≥ 32 | 24.8% |
| | Total | 100.0% |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora.

El cuadro 4 muestra que un 34.8% presenta un peso normal y un 65.2% tiene malnutrición.

Cuadro 5: Distribución de adultos mayores según las actividades de la vida diaria.

| | Porcentaje |
|------------------------------------|------------|
| Válido Ausencia o incapacidad leve | 94.3% |
| Incapacidad moderada | 3.5% |
| Incapacidad Severa | 2.1% |
| Total | 100.0% |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora.

Un 94.3% presentan una ausencia o incapacidad leve frente al 5.6% que tiene una incapacidad moderada o severa.

Cuadro 6: Distribución de adultos mayores en relación a la funcionalidad familiar.

| | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|
| Válido Familia funcional | 24.1% |
| Familia moderadamente funcional | 51.1% |
| Familia disfuncional | 24.8% |
| Total | 100.0% |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora.

El cuadro 6 muestra que el 51.1% de adultos mayores se encuentra en moderadamente funcional y con un valor semejante de 24.8% las familias disfuncionales y 24.1% las funcionales.

Cuadro 7: Distribución de los adultos mayores según el tipo de familia

| | | Porcentaje |
|--------|-------------------------|------------|
| Válido | Familia Extensa | 35.5% |
| | Familia Nuclear | 36.2% |
| | Personas sin familia | 24.1% |
| | Equivalentes familiares | 4.3% |
| | Total | 100.0% |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora.

En el cuadro 7 se puede observar que 36.2% corresponden a familias nucleares y un 4.3% a equivalentes familiares.

Cuadro 8: Distribución de adultos mayores según la edad.

| | | Porcentaje |
|--------|---------|------------|
| Válido | 65 – 69 | 24.1% |
| | 70 – 74 | 24.8% |
| | 75 – 79 | 26.2% |
| | ≥ 80 | 24.8% |
| | Total | 100.0% |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora.

Se observa en el cuadro 8 que existe valores aproximadamente similares entre la distribución de las edades, siendo la franja de edad de 75 a 79 años el porcentaje más alto.

Cuadro 9: Pruebas de chi-cuadrado.

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|---------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 10.827 ^a | 6 | .094 |
| Razón de verosimilitud | 11.557 | 6 | .073 |
| Asociación lineal por lineal | .899 | 1 | .343 |
| N de casos válidos | 141 | | |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora

Hipótesis Nula H_0 : No existe asociación entre funcionalidad familiar y nutrición en el adulto mayor.

Hipótesis Alternativa H_1 : Existe asociación entre funcionalidad familiar y nutrición en el adulto mayor.

En nuestro caso la Chi-cuadrado es de 10.827, el nivel de significación es de 0.094. Lo cual indica la probabilidad de rechazar la hipótesis nula de independencia siendo cierta. Si esta probabilidad es menor que 0,05 se rechaza la hipótesis nula y en consecuencia diremos que las variables son dependientes entre sí.

Como el p-valor es 0.094 significa que acepto la hipótesis nula y rechazo la hipótesis de investigación en consecuencia, la funcionalidad familiar no afecta la nutrición en el adulto mayor.

Cuadro 10: Correlación entre estado nutricional y AVD

| | | ESTADO NUTRICIONAL | ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA |
|-----------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Rho de Spearman | ESTADO NUTRICIONAL | | |
| | Coeficiente de correlación | 1.00 | 0.032 |
| | Sig. (bilateral) | . | 0.708 |
| | N | 141 | 141 |
| Rho de Spearman | ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA | | |
| | Coeficiente de correlación | 0.032 | 1.00 |
| | Sig. (bilateral) | 0.708 | . |
| | N | 141 | 141 |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Autora

Hipótesis Nula H_0 = No existe asociación entre el estado nutricional del adulto mayor y las actividades de la vida diaria.

Hipótesis Alterna H_1 = Existe asociación entre el estado nutricional del adulto mayor y las actividades de la vida diaria.

Dado que el p-valor es 0.708, no rechazamos la hipótesis nula por consiguiente no existe asociación entre el estado nutricional del adulto mayor y las actividades de la vida diaria.

Discusión

Partiendo del análisis y discusión de los resultados se puede establecer que los objetivos de la investigación fueron cumplidos y que los datos ofrecen lineamientos suficientes para hacer propuestas de acción.

De los 141 adultos mayores estudiados 41.1% correspondieron al sexo masculino y 58.9 al sexo femenino (Cuadro 1), esto se debe en gran parte pues que ya está descrito la población femenina es mayor que la masculina. Al observar el estado civil denota que la mayoría (56%) son casados, un 24.8% son divorciados, 17.7% viudos y 1.4% solteros (Cuadro 2). Por la ubicación geográfica del Centro de Salud en el estudio participaron 80.9% adultos mayores que se auto identificaron como mestizos y un 19.1% shuar (Cuadro 3).

Al evaluar el estado nutricional relacionado con la funcionalidad familiar, se encontró que los resultados de la valoración nutricional a partir del índice de masa corporal clasifico a un 65.2% con malnutrición y un 34.8% con normopeso. (Cuadro 4) Al total de los pacientes se les aplicó el test de funcionalidad familiar encontrando los resultados de la siguiente manera: el 75.2 % de los paciente ubican a su familia como funcional y moderadamente funcional y como familia disfuncional en un 24.8%, aquí se puede observar que un menor porcentaje corresponden a familias con algún grado de disfunción familiar. (Cuadro 6). Se concluyó que los pacientes que presentaron malnutrición y riesgo de malnutrición no son directamente proporcional con el grado de la disfuncionalidad familiar (Cuadro 9). Esto se contrapone a lo reportado al estudio realizado por Bernal et al., quienes encontraron que el estado nutricional del adulto mayor está directamente relacionado con la salud, funcionalidad y calidad de vida de esta población.

Al analizar a los pacientes de acuerdo al tipo de familia, se encontró que la mayoría, con un 36.2% corresponden a familias nucleares, 35.5% a familias extensas, 24.1% a personas sin familias y solo 4.3% a equivalentes familiares (Cuadro 7).

En las actividades de la vida diaria del adulto mayor se observó que 94.3% de los pacientes presentan ausencia de incapacidad o esta es leve, un 3.5% tienen incapacidad moderada y un 2.1% presentan incapacidad severa, lo que equivale a que un 75.48% se alimenta solo sin dificultad y el 22.58% lo hace también solo pero con dificultad, solo el 1.94% necesita ayuda para alimentarse (Cuadro 5), por lo que al realizar la correlación con su estado nutricional evidencia que no mantiene mayor relación, esto puede deberse a que la mayoría de pacientes en estudio son autosuficientes y no necesitan ayuda para realizar sus actividades diarias (Cuadro 10), lo cual se contrapone al estudio

de Agarwalla y Cols quienes observaron una prevalencia del 15% de malnutrición y un 55% en riesgo de malnutrición, lo cual se encontraba relacionado con la edad, sexo y nivel de dependencia.

Es la primera vez que se realiza este tipo de estudio en la ciudad de Macas con los adultos mayores quienes son un grupo olvidado. Lo cual nos permite tener una aproximación al adulto mayor, lo que se vuelve un recurso valioso que nos ayuda a promover programas de atención a esta población.

Conclusiones

El estudio demuestra que los adultos mayores mantienen una relación informal y distante en cuanto a sus familiares y al poseer una discapacidad leve o al carecer de discapacidad pueden prepararse sus alimentos y llevar una nutrición saludable ya que sus costumbres alimentarias son mejores que las que llevamos las nuevas generaciones.

El realizar nuevos estudios con una mayor cantidad de pacientes de este grupo vulnerable y olvidado nos ayudará a conocer más sobre su realidad biopsicosocial y así poder interferir favorablemente en los mismos.

De acuerdo a los resultados del estudio, el panorama general de los adultos mayores, pues se puede observar que con el pasar del tiempo los adultos mayores van hacia una malnutrición, si no se realiza una intervención nutricional oportuna, en donde la participación del médico familiar constituye un pilar importante en la atención primaria.

La valoración nutricional debe formar parte integral de la evaluación clínica de los pacientes mayores de 65 años y mayores para disminuir los riesgos de morbimortalidad secundarias a la malnutrición.

Recomendaciones

Realizar un estudio más amplio y con mayor cantidad de adultos mayores para obtener respuesta a la causa de la malnutrición de este grupo tan vulnerable y que necesita una intervención inmediata.

En los adultos mayores del presente estudio a quienes se diagnosticó un estado de malnutrición o riesgo del mismo recomendando continuar con el abordaje completo, realizando los estudio con exámenes bioquímicos básicos de acuerdo a cada caso y creación de grupos de apoyo que involucren al paciente y su familia, además poner énfasis en la promoción, prevención y diagnóstico temprano que son necesarias para el bienestar físico y psicológico.

Es necesario poner mayor énfasis en la atención al adulto mayor de parte de las autoridades pertinentes, que si bien es cierto se planifica una intervención pero la cual no es completa, realizada únicamente para justificar su trabajo mas no con la importancia y la atención a las necesidades que ellos presentan a diario.

Referencia Bibliográfica

Albala, C. (2014). Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad.

Álvarez, Á., Benítez, J., Cobos, M., Espinosa, A., Gorroñoigoitia, F., Iñaki, M., Lesende, M. (2016). Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. España: Portaferriusa.

Alvarez, P., Martinez, D. (2015). Guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria de salud del adulto mayor. MSP, Quito.

Armas, N., Díaz, L., (2007). Entre Voces y silencio: Las familias por dentro. Ediciones América. Quito.

Aviléz M., Pérez, Grissel. (2013). Estado nutricional del adulto mayor y su funcionalidad familiar en los pacientes que acuden a la unidad de medicina familiar 220 del IMSS, Toluca México en el año 2012” Universidad Autónoma del Estado de México.

Barrera, M., Bezares, R., Burgos, M., Cruz, M. (2014). Evaluación del estado de nutrición del adulto mayor. México: Mc Graw Hill editorial.

Brandt, T., Flores, O., Solorzano, M. (2015). Estudio Integral del Ser Humano y Su Familia. Editorial Andes. Caracas.

Carrasco, K., Elizalde, A., Tene, C. (2015). Disfunción familiar y desnutrición en el anciano. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 53, núm. 1.

Falque, L., Maestre G., Zambrano, R., Moran, Y. (2014). Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores. Venezuela. Disponible en <http://neurociencias.org.ve/cont-tesis-public-laboratorio-de-neurociencias-luz/Deficiencias%20Nutricionales%20en%20los%20Adultos.pdf>

Ferreira, L., Meijide, M., Trigas, M. (2012). Escalas de valoración funcional en el anciano. Disponible en: <http://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

García, P., Guerrero, M., Guzmán, C., Imio, A., Navarro, J., Peña, F., Yunge, W. (2018). Consenso Nutrición Clínica Adulto. Serie Creación Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Nutrición. Centro de Investigación Sobre Educación Superior CIES – USS. Santiago.

Johnson, C. (2014). Psychosocial correlates of nutritional risk in older adults. Can J Diet Prac Res:(66):95-7.

Miranda M. (2015). Programa de atención integral para mejorar el estado nutricional del adulto mayor en la comunidad de Segovia, cantón Pelileo, período Abril -Junio 2015. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.

Ribera, J. (2014). Nutrición en las personas mayores. Editorial Glosa. Barcelona.

Serrano, M. Nutrición y edad avanzada. En: Nutrición y Alimentación: nuevas perspectivas. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid. 2008. p. 39-54.

Troncoso, C. (2018) Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Horiz. Med. vol.18 no.1 Lima. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.04>

Velasquez, M. (2010).Desnutrición en ancianos: Su asociación con pérdida de movilidad y de actividades básicas de la vida diaria. Departamento de Atención a la Salud Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Col. Villa Quietud

Bibliografías

Álvarez, Á., Benítez, J., Cobos, M., Espinosa, A., Gorroñoigoitia, F., Iñaki, M., Lesende, M. (2016). Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. España: Portaferrissa.

Anderson, H., Mardones, F., Ravasco, P. (2010). Métodos de valoración del estado Nutricional. Madrid.

Armas, N., Díaz, L., (2007). Entre Voces y silencio: Las familias por dentro. Ediciones América. Quito.

Aviléz M., Pérez, Grissel. (2013). Estado nutricional del adulto mayor y su funcionalidad familiar en los pacientes que acuden a la unidad de medicina familiar 220 del IMSS, Toluca México en el año 2012” Universidad Autónoma del Estado de México.

Barrera, M., Bezares, R., Burgos, M., Cruz, M. (2014). Evaluación del estado de nutrición del adulto mayor. México: Mc Graw Hill editorial.

Bennett, K., Hetherington M., Hughes, G. (2004). Old and alone: Barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appet*, 43, pp. 269-276

Bernal, M., Vizmanos, B., Celis, A. (2014). La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropo*, 16, 43–55.

Brandt, T., Flores, O., Solorzano, M. (2015). Estudio Integral del Ser Humano y Su Familia. Editorial Andes. Caracas.

Carrasco, K., Elizalde, A., Tene, C. (2015). Disfunción familiar y desnutrición en el anciano. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 53, núm. 1

Falque, L., Maestre G., Zambrano, R., Moran, Y. (2014). Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores. Venezuela. Disponible en <http://neurociencias.org.ve/cont-tesis-public-laboratorio-de-neurociencias-luz/Deficiencias%20Nutricionales%20en%20los%20Adultos.pdf>

Ferreira, L., Meijide, M., Trigas, M. (2012). Escalas de valoración funcional en el anciano. Disponible en: <http://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

García, P., Guerrero, M., Guzmán, C., Imio, A., Navarro, J., Peña, F., Yunge, W. (2018). Consenso Nutrición Clínica Adulto. Serie Creación Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Nutrición. Centro de Investigación Sobre Educación Superior CIES – USS. Santiago.

Herazo, Y., Pinillos, Y., Prieto, E. (2013). Nivel de participación en actividades sociales y recreativas de personas mayores de Barranquilla, Colombia. *Rev. Salud Pública*.

Johnson, C. (2014). Psychosocial correlates of nutritional risk in older adults. *Can J Diet Prac Res*:(66):95-7.

Miranda M. (2015). Programa de atención integral para mejorar el estado nutricional del adulto mayor en la comunidad de Segovia, cantón Pelileo, período Abril -Junio 2015. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.

Ribera, J. (2014). *Nutrición en las personas mayores*. Editorial Glosa. Barcelona.

Serrano, M. *Nutrición y edad avanzada*. En: *Nutrición y Alimentación: nuevas perspectivas*. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid. 2008. p. 39-54.

Troncoso, C. (2018) Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horiz. Med.* vol.18 no.1 Lima. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.04>

Anexo 1**Test de FF SIL**

Nombre:

Fecha:

| FUNCIÓN | NUNCA (1) | MUY POCO (2) | SEGUIDO (3) | VARIAS (4) | SIEMPRE (5) |
|---|----------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| Se toman decisiones para cosas importantes de la familia | | | | | |
| En mi casa predomina la armonía | | | | | |
| En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades | | | | | |
| Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria | | | | | |
| Nos expresamos sin insinuaciones, de manera clara y directa | | | | | |
| Aceptamos los decisiones de otros | | | | | |
| Nos guiamos de las situaciones de otras familias | | | | | |
| Todos se ayudan | | | | | |
| Trabajan en equipo en la su casa | | | | | |
| Son capaces de cambiar sus costumbres | | | | | |
| Se habla de cualquier idea sin miedo | | | | | |
| Buscamos ayuda al tener problemas | | | | | |
| Los ideales de cada uno son respetados | | | | | |
| Se demuestran afecto | | | | | |

Anexo 2

Índice de Katz

| | | |
|---------------------|---|--|
| BAÑO | Independiente: Puede bañarse casi por completo sin ayuda | |
| | Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo. | |
| VESTIDO | Independiente: Coge la ropa de cajones y armarios, viste solo. Sin tomar en cuenta la colocación de los zapatos. | |
| | Dependiente: Necesita ayuda. | |
| USO DE BAÑO | Independiente: Puede ir al baño solo sin ayuda. | |
| | Dependiente: Necesita ayuda para ir al baño | |
| MOVILIDAD | Independiente: Se para y va a la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo. | |
| | Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos. | |
| CONTINENCIA | Independiente: Control completo de micción y defecación. | |
| | Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación. | |
| ALIMENTACION | Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne. | |
| | Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral. | |
| Total: | | |

Anexo 3.**Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD DEL AZUAY.

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA DE ESTUDIO: ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN FAMILIAR Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, CENTRO DE SALUD LUXEMBURGO 2018

Nombre del investigador: Md. Cecibel Rivadeneira Cevallos

Teléfono y correo electrónico: 0990712165// cecibel1402@hotmailcom

Información:

INTRODUCCION:

Usted está invitado a participar en el estudio de investigación sobre la funcionalidad familiar en adultos mayores, con el fin de resolver el problema sobre la falta de conocimiento sobre la funcionalidad familiar que existe en los pacientes que se controlan en este su centro, así como la evaluación de su estado nutricional. La

Por qué se realiza este estudio? La influencia del entorno social y familiar en los pacientes adultos mayores ha sido establecida en múltiples estudios; la intención de este estudio es describir la funcionalidad familiar de estos pacientes, situación importante para posteriores intervenciones de promoción de salud relacionada con mejorar el estilo de vida de los adultos mayores que acude al SCS Luxemburgo.

El estudio es voluntario usted puede decidir no participar. Si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comprendo mi participación y los riesgos y beneficios de participar en este estudio e investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y fue claro y comprensible. Todas mis preguntas como participante fueron contestadas. Acepto voluntariamente el participar en este estudio de participación.

Después de haber entendido a cabalidad toda la información y estar conforme con las respuestas a las preguntas que pueda tener: luego de leer cuidadosamente este documento y entenderlo en su totalidad, declaro con mi firma que lo hago libre, voluntariamente y sin presión.

Nombre y firma de la participante fecha: _____

NOMBRE DE INVESTIGADOR: Md. Cecibel Rivadeneira Cevallos
Post grado Medicina Familiar y Comunitaria
Universidad del Azuay