

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN
CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL
CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS" DEL DISTRITO
ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010**

TESIS

Presentada por:

Bach. Rossana Yeni Cuentas Coila

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON
EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL
CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS" DEL DISTRITO
ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010**

TESIS

BACH. ROSSANA YENI CUENTAS COILA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

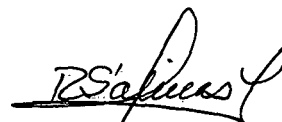
Aprobado por _____, ante el siguiente Jurado



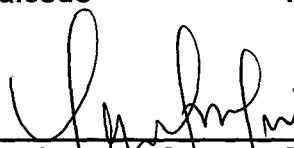
**Mgr. Elena Cachicatari Vargas
PRESIDENTA**



**Mgr. María Vargas Salcedo
JURADO**



**Mgr. Ruth Salinas Lunario
JURADO**



**Lic. Wender Condori Chipana
ASESOR**

DEDICATORIA

A Dios, ya que gracias a él tengo esos padres maravillosos, los cuales me apoyan en mis derrotas y celebran mis triunfos.

A mi asesor Lic. Wender Condori Chipana, por su enseñanza y orientación para el desarrollo de mi profesión.

Y en especial a mis padres y a mi hijo, a quienes les debo la existencia, comprensión y apoyo incondicional en todo lo que soy.

ÍNDICE

RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del Problema.....	04
1.2. Antecedentes del Problema.....	08
1.3. Fundamentos Teóricos.....	14
1.3.1. Adulto Mayor.....	14
1.3.2. Bienestar Psicosocial en el Adulto Mayor.....	22
1.3.3. Estado Nutricional en el Adulto Mayor.....	32
1.3.4. Betty Neuman “Modelo de Sistemas”.....	44
1.4. Objetivos.....	46
1.5. Hipótesis.....	47
CAPÍTULO II: DE LA METODOLOGÍA	
2.1. Material y Métodos.....	48
2.1.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	48
2.1.2 Población y Muestra de Estudio.....	48
2.1.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	49

2.1.4	Variables de Estudio	49
2.1.5	Métodos y Técnicas de Recolección de Datos.....	49
2.1.6	Recolección de Datos	51
2.1.7	Control de Calidad de Datos	52
2.1.8	Procesamiento y análisis de datos	53
CAPÍTULO III: DE LOS RESULTADOS		
3.1.	Resultados.....	54
3.2.	Discusión.....	64
CONCLUSIONES.....		70
RECOMENDACIONES.....		71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		72
ANEXOS		

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, corte transversal y relacional; se realizó con el objetivo de "Determinar la relación entre la percepción del bienestar psicosocial y su relación con el estado nutricional del adulto mayor del Club "San Francisco de Asís" del Distrito Alto de la Alianza, Tacna 2010". La muestra estuvo conformada por 39 adultos mayores activos al Club; obtenida la información, los datos fueron procesados en el software SPSS y presentados en cuadros estadísticos; para el análisis estadístico se aplicó la prueba de ji cuadrado. Llegando a concluir que: el 97,44% de adultos mayores presentaron, un nivel de percepción del bienestar psicológico alto y el 2,56% promedio; y el 79,49% presentó nivel de percepción del bienestar social promedio y un 20,59% alto. El 43,59% reportó estado nutricional de sobrepeso y un 23,08% obeso. Estadísticamente existe relación significativa entre la percepción del bienestar psicosocial y el estado nutricional, esto se comprobó mediante la prueba estadística ji cuadrado.

ABSTRACT

This research study is a descriptive, cross-section and relational, is made in order to "determine the relationship between the perception of psychosocial well-being and its relation to nutritional status of elderly Club" San Francisco de Asis "of Alto de la Alianza District, Tacna 2010. " The sample consisted of 39 active seniors the Club; obtained information, the data were processed by SPSS software and presented in statistical tables, for statistical analysis was applied chi-square test. Conclusions are that percentage of 97.44% in older adults, a level of perception of high psychological well-being and the 2.56% average and 79.49% had perceived level of social welfare and 20 average 59% high. 43.59% reported the nutritional status of overweight and 23.08% obese. Statistically significant relationship between the perception of psychosocial well-being and nutritional status, this was verified by chi-square statistical test.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 50 años la disminución de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional. En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar.⁽¹⁾

Según el censo/estimaciones 2005 esta población representó el 7,55% y en el 2025, el 13,27%. Esto significa que en los próximos años la población de adultos mayores llegará casi a duplicarse. Estamos así siendo testigos de un rápido proceso de transición demográfica, por lo que debemos estar preparados para afrontar los cambios y sus consecuencias.⁽²⁾

⁽¹⁾ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009) Situación del Adulto mayor en el Mundo. www.who.es/

⁽²⁾ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (2008) Envejecimiento. Perú. Disponible en www.inei.gob.pe

Desde hace dos décadas se comprueba un creciente envejecimiento poblacional. Los organismos internacionales que atienden la salud mundial han emprendido programas a favor de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, enfatizando variables psicosociales. La calidad de vida resulta dependiente no sólo del componente biológico del ser humano, sino de las condiciones del medio relacional en sentido amplio, y se vincula a un cierto estilo de vida. Considerando tanto la dimensión objetiva como la percepción subjetiva de bienestar, la calidad de vida se hallaría estrechamente relacionada con la participación en el medio social.

En el caso del adulto mayor, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo al estilo de vida que adopte, el cual comprende su propia historia de interacciones significativas. Entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez. Por lo tanto, la participación social significativa y un estilo de vida activo estarían vinculados al mantenimiento de una buena calidad de vida y a la prevención y atenuación de enfermedades.

El bienestar psicológico es una tradición más reciente, y ha centrado su interés en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir nuestras metas y en el marco en el que inscribimos la propuesta sobre el bienestar social: la

necesidad de tomar en consideración lo individual y lo social, el mundo dado y el mundo intersubjetivamente construido, en el adulto mayor, que puede relacionarse positivamente o negativamente.

La relación entre el bienestar psicosocial y la nutrición es poco conocida, así como también la alta prevalencia del déficit nutricional que tienen muchos adultos mayores. Esto se ha visto en algunos estudios experimentales con animales viejos de laboratorio, así como la repercusión de otras sustancias llamadas micronutrientes e ingeridas con la dieta, sobre la inmunidad.

El presente trabajo de investigación consta de: el Capítulo I, Del Problema; Capítulo II, De la metodología; Capítulo III, De los Resultados, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias y Anexos.

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud refiere que los individuos de la tercera edad, persona adulta mayor o adulto mayor se les adjudica una condición de grupo emergente, que se atribuye a la proporción en que se produce su incremento numérico a nivel mundial, con un pronóstico por la Organización Mundial de la Salud para el año 2020 de un 70 por ciento de la población del planeta y un valor neto estimado superior a los 700 millones de personas en los llamados países en vías de desarrollo, muy por encima de los 318 millones esperados para las regiones industrializadas. ⁽³⁾

La Organización Panamericana de la Salud, en los últimos años se ha generado un especial interés por la investigación relacionada con la persona adulta (o) mayor. Este interés se debe principalmente al aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los

⁽³⁾ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009) Ibid. www.who.es//

países desarrollados, lo que obliga a una preocupación por la calidad de vida de estas personas. Así por ejemplo, durante los últimos cien años, en los Estados Unidos se ha triplicado la población mayor de 65 años.

Siendo en nuestro país, Perú esta tendencia también observable, esta situación es reflejo de las mejoras socioeconómicas registradas en los últimos tiempos, y plantea necesidades de conocimiento específico sobre el grupo de la población con mayor edad, para diversos fines de investigación y programación, producto del considerable aumento de personas que viven esta realidad, surge el interés a nivel mundial por sus condiciones de vida y las necesidades específicas de este grupo, cobrando relevancia en los últimos años las investigaciones relacionadas con el bienestar subjetivo del adulto mayor y las variables específicas que influyen en él. Sin duda, las cifras que dan cuenta del proceso de envejecimiento de la población peruana traerán consecuencias y efectos en las distintas actividades y sectores de la sociedad.

El envejecimiento poblacional conlleva una creciente demanda de servicios y atenciones que son propios de las necesidades que generan los adultos mayores, las que se enmarcan en áreas diversas

como la economía, vivienda y urbanismo, salud, participación social y educación. ⁽⁴⁾

El MINISTERIO DE SALUD (MINSA-2010) La población adulta mayor crece a un ritmo acelerado, este grupo humano representa ahora el 9,1% de la población total del país representando a 2,5 millones de personas de la tercera edad.

El MINISTERIO DE SALUD (MINSA-2010) Según el último censo nacional el 7,5% de la población en Tacna es decir 21 mil 758 personas son mayores de 60 años de edad, por lo que se constituye un reto integrado por diversas instituciones involucradas en un reto no sólo para asegurar los servicios de atención en los establecimientos de salud sino también para el cumplimiento de los derechos contemplados en la normatividad vigente.

El Ministerio de salud refiere que la etapa de vida adulto mayor manifiesta desde hace más de cinco años haya creado un programa multidisciplinario de atención integral para el adulto mayor, el cual brinda a nivel de todos los centros y puestos de salud prestaciones de salud en medicina general, enfermería, obstetricia, odontología, así como consejería en alimentación y nutrición. Del mismo modo se han conformado asociaciones clubs del adulto mayor.

⁽⁴⁾ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009) . op.cit. www.who.es/

A favor de la política de un envejecimiento saludable que les permita mejorar su bienestar físico, psíquico y social a través de un incremento de la cobertura y calidad de los servicios socio sanitarios. Además se está registrando un crecimiento de la población adulta mayor, lo cual exige reforzar las acciones que se vienen implementando a favor de dicha población vulnerable que permitan que gocen de una mejor calidad de vida y que las futuras generaciones alcancen mejores condiciones de envejecimiento.

La mayoría de los estudiosos concuerdan en que la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha dado en llamar un estado de homeostenosis. Este último aumenta el riesgo de incapacidad, pérdida de la resistencia y mayor vulnerabilidad ante factores adversos, y menores relaciones que este tiene con su entorno, lo cual se traduce como una capacidad reducida del organismo para enfrentar el estrés; esto puede deteriorar a reforzar el bienestar psicológico y social.⁽⁵⁾

En el desequilibrio nutricional de los adultos mayores intervienen las condiciones de vida, la salud dental, el cambio de la flora y el estado psicológico; por otra parte, Se ha observado según la Encuesta

⁽⁵⁾ MINISTERIO DE SALUD (2008) Salud mental en los adultos mayores. Perú. Disponible en: www.minsa.gob.pe//

demográfica de salud (2008) el 15% población peruana adulta mayor presenta bajo peso y 51% de la población presenta anemia.⁽⁶⁾

Todo lo antes expuesto fue el acicate para llevar a cabo esta modalidad de investigación, dirigida a identificar las características psicológicas y sociales de un adulto mayor (como un ejemplo específico) en estado de fragilidad con respecto a los indicadores, con vista a establecer estrategias que coadyuvaran a mejorar su estado de bienestar biopsicosocial. Surgiendo así el interés por conocer la relación existente entre la percepción de bienestar psicosocial y el estado nutricional a través de la evaluación antropométrica en este grupo etáreo.

Ante el contexto descrito se formuló la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre la percepción del bienestar psicosocial y estado nutricional del adulto mayor del Club “San Francisco de Asís” del Distrito Alto de la Alianza, Tacna 2010?

1.2. Antecedentes del problema

RESTREPO, Sandra (2006) Los Hábitos Alimentarios en el Adulto Mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en

⁽⁶⁾ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2008) Ibid. Disponible en www.inei.gob.pe

salud en Chile⁽⁷⁾, en lo referente a los hábitos alimentarios de los adultos mayores (379 adultos mayores) se encontró que la mayoría consume tres comidas al día o más, sin embargo el 8,2% [31] consume solo 1 o 2 comidas, lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización. Al indagar por las comidas que hacen los adultos mayores, se encontró que las de mayor consumo son el desayuno, el almuerzo y la cena con porcentajes de 96% [364], 92% [348] y 77% [293] respectivamente. Llama la atención que un 23% [87] de los participantes no consume la última comida del día lo que igualmente se convierte en un factor deteriorante del estado de salud.

Por otro lado, se identificó en la alimentación, un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de alimentos fritos, lo que se pudo constatar en la información cualitativa obtenida por medio de los grupos focales. Pese a que la mayoría de los adultos consume varias comidas, se detectó que la dieta es poco variada porque incluye poca diversidad de alimentos, además insuficiente, ya que se observó que no alcanzaba a cubrir las necesidades de calorías y de nutrientes y no es equilibrado en el consumo de alimentos ya que

⁽⁷⁾ RESTREPO, Sandra (2006) Los Hábitos Alimentarios en el Adulto Mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud en Chile. Chile. Tesis para optar el grado en Nutrición. Pág.89.

no se dieron las proporciones recomendadas, aspectos que pueden ser identificados como factores deteriorantes del estado de salud.⁽⁷⁾

La SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2008) Realizó un amplio estudio sobre hábitos nutricionales y estilos de vida en 582 ancianos sanos en el Hospital de Catalá⁽⁸⁾ (excluían pacientes con alguna patología grave), con una edad media de 81 años. Encontraron un 2 % que tenían un índice de masa corporal - IMC inferior a 20. Solían ser los más mayores (85 años) y predominantemente mujeres. Mientras que el 60 % presentaba sobrepeso-obesidad.

La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS-2006) En otro estudio en 14 residencias en Hong Kong con 1699 personas estudiadas se encontró un 26 % de los residentes con un IMC < 18,5 kg/m. Una reciente revisión sobre el uso del MNA (Mini Nutritional Assessment) encontró 32 estudios en personas institucionalizadas que agrupan 6821 personas. Utilizando el MNA, la prevalencia de malnutrición fue del $21 \pm 0,5$ % (rango 5-71 %) y el porcentaje de personas a riesgo de malnutrición alcanzó el $51 \pm 0,6$ % (rango 27-

⁽⁷⁾ RESTREPO, Sandra (2006) Ibid. Pág.89.

⁽⁸⁾ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2008) España. Trabajo de investigación. Pág 200.

⁽⁹⁾ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) En otro estudio en 14 residencias en Nutrición. Hon Kong. Trabajo de investigación. Pág. 45.

70). Este rango es amplio debido a las características de las personas atendidas en distintos tipos de unidades de cuidados de larga duración. Residencias con personas con un relativo buen estado general de salud y niveles variables de discapacidad o unidades de larga estancia donde se encuentran personas con enfermedades crónicas prevalentes, altos niveles de discapacidad y frecuentes problemas intercurrentes.

ORTIZ, Pedro (2007) Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza⁽¹⁰⁾. Estudio prospectivo y descriptivo de seguimiento de una muestra de 180 adultos mayores hospitalizados, recolectando datos de variables antropométricas y bioquímicas al ingreso y al alta buscando variaciones. Que concluyó encontrar desnutrición al ingreso en 47,8%, hipoalbuminemia en 80%, 76,4% de anemia, 51% de linfopenia y déficit de vitamina B¹² en 7%. Se encontró disminución en los valores antropométricos y los niveles de albúmina al alta hospitalaria así como correlación entre estos hallazgos con la edad y el tiempo de hospitalización.

⁽¹⁰⁾ ORTIZ, Pedro (2007) Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

La DIRECCIÓN REGIONAL DE LA SALUD DE TACNA (DRST-2009)

En el estudio sobre Análisis, estado nutricional por etapas de vida de la población que acceden a los establecimientos de salud al III trimestre 2009⁽¹¹⁾. Las estadísticas del tercer trimestre del 2009 muestran que; de 3047 adultos mayores evaluados según la DRST por Índice de Masa Corporal, el 17% presenta delgadez, el 18,91% sobrepeso y 11,2% obesidad. Concluyendo que la malnutrición por déficit y exceso, en el adulto mayor es un problema identificado, que repercute en el incremento de las enfermedades cardiovasculares con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en este grupo etáreo. Según causas de morbilidad en la Región Tacna, hay otras enfermedades que confirman los altos porcentajes de malnutrición en este grupo etáreo, siendo la diabetes, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, que ocupa los primeros lugares en la morbilidad general.

PACCI, Nilda (2009) En la tesis factores socioculturales y el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009⁽¹²⁾. Con una población de 60 adultos

⁽¹¹⁾ DIRECCIÓN REGIONAL DE LA SALUD DE TACNA (DRST-2009) en el estudio sobre Análisis, Estado nutricional por etapas de vida de la población que acceden a los establecimientos de salud al III trimestre 2009. Tacna. DRST. Trabajo de investigación. Pág. 89.

⁽¹²⁾ PACCI, Nilda (2009) En la tesis Factores socioculturales y el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tesis para optar Lic. en Enfermería. Pág. 110.

mayores. Concluyendo: en los factores sociales; según el tiempo de residencia el 83,3% refirió encontrarse de 6 a más años, en la ocupación laboral actual 58,3% su casa, dependencia económica 93,3% de sus rentas propias, ingreso económico mensual promedio 60% menos de 550 n.s. Referente a la satisfacción de las relaciones sociales con sus vecinos y comunidad, 88,3% refirió encontrarse satisfecho. En lo cultural; el 53,3% de los adultos mayores refirieron ser católico, el 70% si participa, el 80% sin instrucción, el 53,3% refirió acudir al establecimiento de salud en caso de enfermedad o accidente, el 58,3% consume diariamente carbohidratos y proteínas, que el 70% de los adultos mayores participa en actividades recreativas organizadas por su comunidad. Estadísticamente existe influencia entre los factores sociales y culturales y el autocuidado ya que presentaron un $X^2_{cal} > X^2_{tabl}$. Y un $p < 0,05$, por lo que existe dependencia entre esas variables.

1.3. Fundamentos Teóricos

1.3.1 Adulto Mayor

“Adulto mayor es la etapa comprendida dentro de los países subdesarrollados de 60 años a más y en los países en desarrollo más de 65 años”.⁽¹³⁾

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer

⁽¹³⁾ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009) op.cit. www.who.es//

consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable).

La Organización Mundial de la Salud "En el adulto mayor se producen modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años".

A. Modificaciones en el Adulto Mayor

- a. **Modificaciones generales:** se presenta pérdida de estatura, pérdida de masa ósea, reducción en la altura de los cuerpos vertebrales, redistribución de la grasa, de forma centrípeta en el tronco. Pérdida de masa muscular. Pérdida del contenido total de agua.

Aparato circulatorio: alteraciones mecánicas (alargamiento de la sístole) y funcionales (disminución de la respuesta por los receptores adrenérgicos) provocan una limitación para alcanzar altas frecuencias durante el ejercicio y el mantenimiento de un volumen minuto adecuado. Alteraciones de la conducción por pérdida de células en el nodo sinusal se traducen en alteraciones del ritmo: enfermedad del seno enfermo o síndrome de bradicardia-taquicardia, fibrilación auricular, bloqueos.

Aparato respiratorio: pérdida de elasticidad del tejido pulmonar: Disminución de la capacidad vital y de la capacidad inspiratoria, aumentando la capacidad residual. Debilidad de la musculatura respiratoria accesoria y calcificaciones en la unión condrocostal. Todo lo anterior ocasionará que la caja torácica se convierta en una "jaula",

con poca capacidad de adaptación y que situaciones clínicas, aparentemente sin importancia (gripes, resfriados, etc.) ocasionen una insuficiencia respiratoria aguda con retención de secreciones.

Sistema músculoesquelético: aumento progresivo de la masa grasa, disminución en el contenido hídrico y del porcentaje de masa magra muscular (Sarcopenia) y disminución de la masa ósea con el envejecimiento (osteoporosis senil). Todas estas alteraciones conllevan a un estado de fragilidad fisiológica que favorece la aparición de enfermedades (infarto muscular espontáneo, fracturas, etc.)

Sistema inmune: el sistema inmune se encarga de la diferenciación entre lo propio y lo extraño, la defensa frente a los organismos y el control de las células propias alteradas o degeneradas.

Sistema génitourinario: pérdida progresiva del número de nefronas, a los 80 años la masa renal se habrá reducido en un 30%. Aumento de tejido fibroso en la zona medular que altera la capacidad de concentrar la orina. Disminución de la perfusión renal, con lo que disminuye el filtrado

glomerular. Por todo lo anterior se produce una alteración en el funcionamiento del riñón del anciano favoreciéndose situaciones como la deshidratación y requiere el uso cuidadoso de fármacos, especialmente en aquellos que de por sí son nefrotóxicos.

Aparato digestivo: falta de piezas dentarias y cambios cuantitativos y cualitativos en la saliva dificultan la trituración y la digestión inicial de los alimentos. Es frecuente la existencia de reflujo gastroesofágico provocado por la incoordinación motora del presbiesófago y el estreñimiento por esa misma incoordinación motora en el intestino grueso. Adelgazamiento de la capa muscular del tubo digestivo provoca la aparición de divertículos, los divertículos esofágicos pueden dar lugar a cuadros de bronco aspiración, los duodenales a mal absorción intestinal y los colónicos dan las frecuentes diverticulitis o "apendicitis izquierdas" de los ancianos.

Modificaciones en la piel: atrofia de las glándulas sebáceas, por lo que disminuye la grasa cutánea y la piel se vuelve descolorida, delgada, arrugada, seca y frágil. Aplanamiento de la unión dermoepidérmica, que

predispone a los ancianos a la formación de ampollas y lesiones por rozamiento y abrasiones.

- b. **Modificaciones psicológicas en el Adulto Mayor:** la pérdida de memoria, provocada o no por enfermedades que alteren la función intelectual del anciano, tiene un efecto negativo psíquico, provoca preocupación y quejas en el individuo anciano. Parece evidente que aquellas personas con más recursos intelectuales estarían en mejor disposición para vivir su vejez. Es frecuente la disminución de la autoestima del anciano, relacionada con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socio-económicas, pérdida de seres queridos, etc. El anciano puede sentirse sólo, sin actividad laboral, poco integrado en la vida social y familiar e incluso inútil. Todo lo anterior influye en su estado general de manera negativa. Aparece desinterés por las cosas, pesimismo, falta de integración y desadaptación.

- c. **Modificaciones sociales en el Adulto Mayor:** la crisis de la jubilación está relacionada con el papel que culturalmente ha desempeñado el hombre en la familia y en la sociedad. Con la jubilación se pierde la responsabilidad familiar,

disminuye el poder adquisitivo y aparece un sentimiento de pérdida del prestigio social.

Muchas veces la jubilación supone el aislamiento social ya que el trabajador pierde a su grupo de relación laboral cotidiano, a parte de sus amistades y éste hecho supone una reestructuración de su vida. Si bien la vivencia de ésta situación será diferente en cada persona, para muchos supone el comienzo de su final, provocando la aparición de crisis o conflictos personales. En el polo opuesto están aquellos que ven en esta etapa aquella en que pueden dedicarse a realizar sus sueños. Para éstos no supondrá ningún trauma.

El adulto mayor necesita afecto y sentimientos de pertenecer a la familia. La fatiga que supone su cuidado y vigilancia puede agotar los recursos físicos y emocionales de los cuidadores o familiares y es posible que el anciano muestre pruebas de la tensión latente a través de quejas múltiples, angustias, fatiga, etc.

También pueden aparecer signos y síntomas de deterioro de la relación con la persona que lo cuida: aislamiento, miedo depresión, confusión, hostilidad declarada, etc

B. Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor:

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

El rol de la enfermería es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.

Para lograr lo anterior se requieren de profesionales de enfermería que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la

sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua.

Además las actividades de Intervención Educativa de Enfermería son:

De acuerdo a la clasificación obtenida considerar actividades educativas primordialmente focalizadas al desarrollo de los siguientes temas:

- Control de Peso y valoración Nutricional.
- Selección de alimentos.
- Osteoporosis.
- Actividad Física.
- Plan de Alimentación.

1.3.2 Bienestar Psicosocial en el Adulto Mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad.

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones, físicas, mentales y

sociales. Sin embargo, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de salud holística. El enfoque holístico del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependientes e integradas en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

El bienestar psicosocial es la percepción o apreciación subjetiva del adulto mayor de sentirse o hallarse bien, de sentirse satisfecho.⁽¹⁴⁾

A. Bienestar Psicológico en el Adulto Mayor:

Es la forma de enfrentamiento como una evaluación a la respuesta del yo o introspección del yo, para ello el adulto mayor construye una capacidad resiliente. Creencia de la realidad y de uno mismo, si puede o no hacer lo necesario para enfrentar algo (imagen de la vejez).⁽¹⁵⁾

La construcción de una respuesta resiliente por la capacidad de las personas de salir adelante pese a las condiciones

⁽¹⁴⁾ BARROS, Carmen; y Otros (2006) Calidad de vida de las personas adultas mayores. Instrumento para el seguimiento de políticas y programas. Editorial de División de población CEPAL. Chile. Pág. 89-134.

⁽¹⁵⁾ BARROS, Carmen; y Otros (2006) Ibid. Pág. 89

adversas y capacidad de vivir bien y desarrollarse de un modo socialmente aceptable, a pesar de las difíciles condiciones de vida.

a. Dimensiones usadas para identificar funcionamiento resiliente del adulto mayor.-

El adulto mayor se encuentra con capacidad resiliente manifestando:

- Si me piden ayuda es porque cuentan conmigo,
- Yo me encuentro optimista.
- Actúo de acuerdo a mis metas.
- Pienso y siento que la vida tiene sentido.
- La mayor parte del tiempo tengo control de lo que pasa en mi vida.
- Cuando sufro una derrota examino mi aporte al problema y también mis limitaciones.
- Cuando tengo un problema serio, lucho.
- Cuando me va bien, comparto los méritos con todos los que colaboraron conmigo.
- Cuando vienen cambios los defino como desafíos.
- Cuando enfrento desafíos nuevos, espero el mejor momento para actuar.

- Cuando estoy en dificultades mis fortalezas son mis recursos internos y mi experiencia.
- Para enfrentar un problema me aproximo paso a paso, y cuando resuelvo el problema rescato mi experiencia y la guardo.

b. Valoración de la percepción del bienestar psicológico por nivel:

Nivel de bienestar psicológico alto: conciben los cambios que le afectan como un reto o desafío que lo motiva a una acción.

Nivel de bienestar psicológico promedio: conciben los cambios que le quizá les pueda afectar y son vulnerables a un reto o desafío que lo motiva a una acción.

Nivel de bienestar psicológico bajo: perciben los cambios como amenazas, apatía o desesperación.

B. Bienestar Social en el Adulto Mayor:

Éste es también el marco en el que inscribimos la propuesta sobre el bienestar social: la necesidad de tomar en

consideración lo individual y lo social, el mundo dado y el mundo intersubjetivamente construido.

BLANCO, Amado. (2005) tomando de la base de COREY, Keyes define como bienestar social del adulto mayor a “la valoración que hace el adulto mayor de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” ⁽¹⁶⁾

a. Dimensiones del Bienestar Social:

Integración social: el propio KEYES la define como “la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad” Y añade un detalle que no puede pasarnos desapercibido porque en él es claramente perceptible la huella del Durkheim de *El Suicidio*: «Las personas sanas se sienten parte de la sociedad», cultivan el sentimiento de pertenencia, tienden lazos sociales con familia, amigos, vecinos, etc.

Aceptación social: desde el punto de vista del bienestar y de la salud, la integración no es más que el punto de partida. Es imprescindible estar y sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad, pero es necesario que dicha

⁽¹⁶⁾ BLANCO, Amado (2005) “El bienestar social: su concepto y medición”. Editorial CODEN. España Págs.582 - 589.

pertenencia disfrute, al menos, de dos cualidades: confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros (atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad), y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida. Ambos, dice KEYES, son indicadores de salud mental.

Contribución social: también lo es que esa confianza en los otros y en nosotros mismos vaya acompañada del sentimiento de utilidad, «de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo», y que lo que uno aporta es valorado. A la confianza en nosotros mismos le ha dado un nombre, la autoeficacia, y un apellido: el ejercicio del control. Con ello alude a «las creencias en nuestra capacidad para organizar y llevar a cabo acciones capaces de lograr determinados objetivos» Contribución es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.

Actualización social: esta dimensión se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una

determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos (confianza en el progreso y en el cambio social). Todavía más: la actualización social lleva implícita la firme creencia de que la sociedad controla su destino, sabe dónde va y traza intencionadamente el horizonte hacia dónde quiere llegar en el futuro. La gente más saludable desde el punto de vista mental, advierte KEYES, confía en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.

Coherencia social: si la actualización tiene que ver con la confianza depositada en la sociedad, la coherencia se refiere a la capacidad que tenemos para entender su dinámica. Es "la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo"

b. Valoración del Bienestar Social.-

Para medir estas dimensiones teóricas KEYES desarrolló un instrumento conocido como "Escalas de Bienestar Social» (Social Well-Being Scales), para cuya elaboración

empleó el siguiente procedimiento: una vez definidas teóricamente las cinco dimensiones, se generaron un total de ítems por cada una de estas dimensiones, catalogándola en bienestar social alto, promedio y bajo. (De mayor a menor relación e interacción social)".⁽¹⁷⁾

La calidad de vida en el adulto mayor se define como un estado de bienestar; sin embargo esta noción tomará diferentes énfasis, según el contexto del cual parte su valoración define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Para efectos de este estudio este es el concepto operacional de calidad de vida. Además de estas consideraciones se toma como una variable importante dentro del concepto calidad de vida, el nivel de actividad física de los sujetos basándose calidad de vida es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordar la calidad de

⁽¹⁷⁾ BLANCO, Amado (2005) .Ibid.Pág.582

vida desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia.

La importancia de la valoración subjetiva en la calidad de vida. Sin embargo, usualmente las propuestas dirigidas a las personas mayores se orientan hacia una evaluación de los efectos que producen sobre la calidad de vida los medicamentos o la enfermedad.

C. Repercusión del Bienestar Psicosocial en la Salud del Adulto Mayor.-

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macrosocial y en lo psicológico; así como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar – en ocasiones con hijos/as dependientes- con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia. La sociedad se encuentra ante nuevos retos para los que necesita

instrumentos nuevos. Se requiere un concepto nuevo de solidaridad entre las generaciones y entre los distintos grupos, en un mundo cada vez más complejo, más inseguro, más indeterminado.

La calidad de vida en el adulto mayor tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

La calidad de vida en el adulto mayor dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. Políticas que tengan

presente la dimensión femenina de los cuidados de salud, para que no contribuyan a seguir reforzando el rol dependiente de las mujeres cuidadoras.

Las consecuencias más perjudiciales, y con mayor incidencia son: la baja autoestima, depresión, intento de suicidio y suicidio.

1.3.3 Estado Nutricional en el Adulto Mayor:

Para la Organización Mundial de la Salud “el estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes”.⁽¹⁸⁾

A. Evaluación del estado nutricional del adulto mayor:

a. Antropométrico: determinar y controlar el peso y talla corporal para detectar cambios de peso.

Peso: determinar la composición corporal, especialmente grasa y el agua corporales.

Estatura/Altura de rodilla: determinar la distribución de grasa corporal para evaluar el riesgo de ciertos cuadros crónicos específicos.

Circunferencias, pliegues e impedancia bioeléctrica.

⁽¹⁸⁾ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008) Nutrición en el adulto mayor. www.who.es/

En mayores de 5 años se utiliza el índice de masa corporal.

b. Bioquímico: determinar y controlar el riesgo nutricional para ciertos cuadros crónicos específicos, como la Cardiopatía.

Niveles de colesterol: determinar y controlar el nivel de las ingestas dietéticas recientes de nutrimentos específicos.

Estado de folato: nivel de folato en sangre.

Estado de hierro: determinar y controlar las reservas de los nutrimentos.

Estado de las proteínas: obtener medidas funcionales de la idoneidad o deficiencia nutricional. Confirmar o refutar los diagnósticos nutricionales basados en otras medidas de evaluación. Determinar la función inmune.

c. Clínico: determinar la presencia de signos o síntomas diagnósticos de deficiencia o toxicidad nutricional.

Estado funcional: evaluar y controlar la salud dental.

Estado cognitivo: determinar si los signos o síntomas indicativos de problemas nutricios se revierten mediante la intervención nutricia.

Salud oral, uso de fármacos.

d. Dietético: obtener la ingesta reales de comida y bebidas para determinar la calidad de la dieta.

Ingesta de alimentos: controlar los patrones de consumo de alimentos y bebidas de individuos o grupos para identificar los cambios y tendencias a lo largo del tiempo.

Preferencias alimentarias: determinar el uso de suplementos y su efecto sobre la ingesta de nutrimentos.

Seguridad/inseguridad: evaluar el tipo de alimentación de las personas alimentaria mayores ingresadas en instituciones.

Uso de suplementos nutricionales: hierro, Ac. Fólico.

B. Requerimiento Nutricional en el Adulto Mayor.-

a. Energía: los requerimientos de energía suelen disminuir, dos tercio de la reducción se debe a menor actividad física y el resto a disminución del metabolismo basal. Los requerimientos recomendados (RDA) para este grupo de personas son: 2300 Kcal para los varones y 1800 para las mujeres, se ha observado que ingesta menores de 1500 kcal por día presentan problemas de salud.

b. Proteínas: el consumo de proteína se relaciona con la necesidad de energía y aunque esta última tiende a disminuir con la edad, la recomendación de proteína continúa siendo de 0,8 -1 g/k/d. En el anciano enfermo las necesidades de proteína aumentan en relación con la gravedad y duración de las enfermedades. Las infecciones gastro-intestinales y cambios metabólicos por enfermedades crónicas pueden reducir la eficiencia en la utilización del nitrógeno de la dieta. El estrés físico y psicológico pueden también originar un equilibrio nitrogenado negativo.

c. Hidratos de Carbono: una disminución de la tolerancia a la glucosa torna a los ancianos más susceptibles a la hipoglucemia e hiperglucemia temporal. La sensibilidad a la insulina mejora si se reduce el uso de azúcares simples y aumenta la cantidad de carbohidratos complejos y de fibra soluble en la dieta. Con frecuencia la disminución de la secreción de lactasa origina intolerancia a los productos lácteos. Se recomienda que se consuman HCO de 55 a 60 % de la energía total.

d. Lípidos: en los varones los valores séricos de colesterol tienden a llegar al máximo durante la edad madura y a posteriormente disminuyen ligeramente, en tanto que en la mujer continúa su aumento con la edad. La disminución de la grasa total de la dieta, en especial de las grasas saturadas y del colesterol, puede disminuir los valores sanguíneos de lípidos y el riesgo subsecuente de cardiopatía. La cantidad recomendada de grasa de la dieta es de no más del 30 % del total de kilocalorías diarias, lo que apoya también los conceptos de control de peso y la prevención del cáncer.

C. Alteraciones que influyen en las necesidades en el adulto mayor:

a. Composición del organismo: con la edad se pierde talla, disminuye la masa magra lo que repercute en una disminución del gasto energético basal (2% por década) y aumenta la proporción de grasa con centralización o desviación del tejido adiposo subcutáneo de los miembros al tronco. En este aspecto la composición del organismo está en relación con las complicaciones metabólicas y el estado de salud posterior.

b. Masa ósea: los cambios en la masa ósea en el adulto mayor dan lugar a diversos grados de osteoporosis. La mujer sufre una pérdida especialmente rápida en los años posteriores a la menopausia.

c. Cambios Fisiológicos: los cambios degenerativos del envejecimiento o adulto mayor afectan la digestión, absorción y metabolismo de los alimentos; disminuye la secreción de la saliva y la secreción de la mayoría de las enzimas digestivas, ácido clorhídrico y secreciones biliares; son más lentos los movimientos intestinales; se dificultan las funciones del hígado y riñón; se pierde la capacidad de realizar el trabajo metabólico y la dificultad de excreción de los productos de desecho factores que afectan la digestión y absorción alimenticia en los adultos mayores.

Los procesos antioxidativos se hacen más lentos, los cambios en la secreción de hormonas tienen efectos pronunciados sobre la nutrición celular y la respuesta al estrés.

Las variaciones que ocurren en los hábitos de vida con el paso del tiempo tienden al sedentarismo lo que contribuye

también a reducir el consumo energético por actividad física.

D. Patologías y deficiencias más frecuentes que influyen en el Estado Nutricional.-

Al evaluar los componentes de la dieta del adulto mayor es necesario considerar algunos factores, tal vez menos destacados en otras edades, pero relevantes en esta etapa de la vida.

a. Obesidad: existe una elevada frecuencia de obesidad entre la población adulta mayor y se diagnostica tomando un punto de corte del Índice de Masa Corporal (IMC) > 32 (ambos sexos).

El sobrepeso aumenta con el envejecimiento, predomina entre las mujeres y es más frecuente en individuos que viven en la pobreza.

En la edad avanzada la obesidad es un fenómeno casi exclusivo del sexo femenino, se ha observado que la mayoría de los casos de obesidad en la mujer se encuentra

en la post-menopausia. Los hombres obesos desde la juventud rara vez alcanzan la edad avanzada.

- b. Osteoporosis: cuando la disminución de la masa esquelética conduce a una insuficiencia mecánica, ocurren fracturas espontáneas frecuentemente en cadera y muñecas que es la principal manifestación clínica de osteopenia. Se calcula que una tercera parte de las mujeres post-menopáusicas sufren de osteoporosis y que una de cada cinco sufre fractura de cadera por compresión vertebral. Hasta los 80 años las mujeres se afectan 4 veces más que los hombres, después de esta edad, la frecuencia de osteoporosis es igual en ambos sexos. Por una razón desconocida, las personas de raza negra son menos susceptibles a este padecimiento que los blancos.

- c. Osteomalacia: este padecimiento es favorecido por un déficit en la hidroxilación de la vitamina D a nivel renal, baja ingestión de la vitamina, alta incidencia de esteatorrea y el frecuente confinamiento sin exposición a la luz solar de las personas de avanzada edad.

- d. Deficiencia de Zinc: es frecuente en las personas de edad avanzada no ingieran la cantidad de zinc necesaria. Esta deficiencia se asocia con hipogeusia, mala cicatrización de las heridas y deterioro de la respuesta inmune

- e. Deficiencia de Folatos y Vitamina B12 y Hierro: se observan estas deficiencias con frecuencia en ancianos alojados en asilos, de manera particular en aquellos con deterioro de las funciones mentales y en los alcohólicos.

La anemia por deficiencia de hierro es otro problema en las personas de edad avanzada que puede ocasionar el deterioro nutricional. Este padecimiento puede estar relacionado a una ingestión dietética inadecuada o muy frecuentemente a la pérdida sanguínea por vía GI, probabilidad que debe investigarse.

- f. Deficiencia de Tiamina: se presenta en los adultos mayores que habitan en asilos y sobre todo en los que consumen alcohol en exceso.

g. Alteraciones Mentales: el funcionamiento cerebral está relacionado en forma estrecha con el estado nutricional; son evidentes sus alteraciones cuando existe carencia de folatos, vitamina B12 o tiamina. Es probable que la ingestión de lecitina, triptofano o la tiroxina modulen en alguna medida la síntesis de neurotransmisores, aspectos aún en investigación.

E. Recomendaciones Nutricionales en el Adulto Mayor.-

Aspectos Dietéticos.- en la vejez como en otras edades, debe procurarse que la dieta:

- Contenga alimentos variados.
- Permita mantener el peso deseado.
- Que evite excesos de grasas saturadas.
- Incluya una cantidad suficiente de fibra y colesterol.
- Que no contenga cantidades excesivas.
- Si incluye el alcohol que sea con moderación y azúcares refinados moderación.

F. Valoración Nutricional por Antropometría en el Adulto Mayor:

Las medidas antropométricas a pesar de su relativa facilidad de obtención, son difíciles de evaluar en adultos mayores,

considerando que la definición de los estándares adecuados es aún materia de debate.

Tampoco nos permiten una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral. Aun así las mediciones antropométricas son esenciales como información descriptiva básica y por su sencillez. Las mediciones antropométricas comúnmente usadas en el adulto mayor son: peso, talla, circunferencia del brazo y de pantorrilla.

Además de estas medidas se utilizan; circunferencia de cintura, cadera, muñeca y pliegues tricipital, subescapular y suprailíaco. Habitualmente se usan combinaciones de estas variables útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los adultos mayores.

La toma de las mediciones en el adulto mayor por las condiciones físicas y fisiológicas propias de su edad requiere de procedimientos especiales o toma de otras medidas para estima la talla como la altura de rodilla o extensión de brazos.

El peso: es un indicador necesario pero no suficiente para medir composición corporal. Sin embargo la comparación del peso actual con pesos previos permite estimar la trayectoria del peso, información útil ya que es predictora de discapacidad en el anciano.

La pérdida de 3 Kg. en 3 meses debiera inducir a una evaluación completa.

El Índice de Masa Corporal (IMC): se usa como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en el estado nutricional. El *IMC ideal para el adulto mayor* no está definido, pero se ubica entre >23 y < 28 , por lo que la clasificación del estado nutricional se muestra a continuación:

Punto de Corte IMC: Clasificación: (Según NCHS [National Center for Health Statistics], Instituto Nacional de Salud y MINSA 2007)

$\leq 23\%$	Delgadez
23,1 - 27,9%	Normal
28,0 – 31,9%	Sobrepeso
$\geq 32\%$	Obesidad

Los signos de alerta *respecto del IMC*: debido a que el rango de normalidad es muy amplio, en el manejo individual deben considerarse como signo de alerta los siguientes casos:

- Cuando el IMC de Normalidad varían en ± 1.5 en 6 meses.
- Cuando el valor del peso de la persona evaluada se aproxima a los valores de peso correspondiente a los valores límites de IMC Normal.
- Cambio de clasificación de IMC en sentido opuesto a la normalidad, por ejemplo de Normal a Bajo Peso o de Normal a Riesgo de Obesidad.
- Cuando hay pérdida de peso $>$ a 3kg en 3 meses.

1.3.4 Betty Neuman “Modelo de Sistemas”

Betty Neuman es una enfermera que trabajó en Salud Mental. Fue pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología en 1985.

“El modelo de *Betty Neuman*, organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa primordialmente *de los efectos y de las reacciones ante la tensión*, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo. Refiere que la salud depende de como la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad” ⁽¹⁹⁾.

Enfermería es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación. La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un cliente. La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la prevención primaria que se realiza antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión. La meta es evitar que el productor de

⁽¹⁹⁾ LEDDY, Susan (2010) Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. México. Disponible en: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03182.html>

tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza. La prevención secundaria es conveniente después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa. La atención incluye la atención oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas. La prevención terciaria acompaña al restablecimiento del equilibrio. El punto central está en la reeducación para evitar que vuelva a suceder lo mismo, la readaptación, y la conservación de la estabilidad.

1.4. Objetivos

Objetivo general:

Determinar la percepción del bienestar psicosocial y su relación con el estado nutricional del adulto mayor del Club "San Francisco de Asís" del Distrito Alto de la Alianza, Tacna 2010.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de percepción del bienestar psicológico del adulto mayor.

- Determinar el nivel de percepción del bienestar social en los aspectos de Integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social del adulto mayor.
- Evaluar el estado nutricional a través del índice de masa corporal del adulto mayor.
- Establecer la relación entre la percepción del bienestar psicosocial y el estado nutricional del adulto mayor.

1.5. Hipótesis

Existe relación significativa entre la percepción del bienestar psicosocial y el estado nutricional del adulto mayor del Club "San Francisco de Asís" del Distrito Alto de la Alianza, Tacna 2010.

CAPÍTULO II

DE LA METODOLOGÍA

2.1. Material y Métodos

2.1.1. Tipo y diseño de investigación

El trabajo de investigación fue un estudio descriptivo, de corte transversal y relacional.

2.1.2. Población y Muestra de estudio

Población.-

La población estuvo constituida por el 100% de adultos mayores inscritos al Club.

Muestra.-

La muestra se seleccionó por muestreo probabilístico, aleatorio simple y estuvo constituida por 39 adultos mayores activos.

(Ver Anexo N°01)

2.1.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 60 años a más.
- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores activos al Club.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con trastornos cognitivos.
- Adultos mayores postrados en cama.
- Adultos mayores que no asistan el día de la encuesta.

2.1.4. Variables de estudio

Variable independiente: percepción del bienestar psicosocial

Variable dependiente: estado nutricional (Ver Anexo N°02)

2.1.5. Métodos y Técnicas de Recolección de Datos

La recolección de los datos fue mediante el método entrevista y observación y son:

Instrumento N° 01

Para valorar la variable independiente: Percepción del Bienestar psicosocial (ver Anexo N° 03)

Bienestar psicológico: Escala de BARROS, Carmen, HERRERA, Soledad (2006) que evaluó la dimensión del yo-capacidad resiliente, y constó de 12 ítems con las respuestas de SIEMPRE (3puntos), A VECES (2 puntos) Y NUNCA (1 punto)

Escala de puntaje:

Nivel de Bienestar psicológico alto: de 28 a 35 puntos.

Nivel de Bienestar psicológico promedio: de 20 a 27 puntos

Nivel de Bienestar psicológico bajo: de 12 a 26 puntos.

Bienestar social: se utilizó la escala de COREY, Keyes modificado por BLANCO, Amado (2005) que valoró el bienestar social en 5 dimensiones integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social. Que constan de 22 ítems, con respuestas de SIEMPRE, A VECES Y NUNCA con un puntaje de 3, 2, 1, respectivamente; y en las preguntas negativas contrariamente.

Escala de puntaje:

Nivel de Bienestar social alto : de 48 a 66 puntos.

Nivel de Bienestar social promedio : de 35 a 47 puntos.

Nivel de Bienestar social bajo : de 22 a 34 puntos.

Instrumento N° 02

Para valorar la variable dependiente: Estado Nutricional (ver Anexo N° 03)

Ficha de observación, en la cual se registró el peso y talla medido a la persona adulto mayor, para luego de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud, se utilizó la tabla del Instituto Nacional de Salud – 2007- Organización Mundial de la Salud (2006) que se utiliza en los establecimientos de salud para la valoración del estado nutricional en el adulto mayor.

Escala de puntaje:

Obeso : mayor de 32%

Sobrepeso : 28 a 31,9%

Normal : 23,1 a 27,9%

Delgadez : ≤ de 23%

2.1.6. Recolección de Datos

Para la recolección de datos se hicieron las coordinaciones respectivas con el Centro de Salud, enfermera encargada del componente adulto mayor y el Presidente del Club, para las facilidades del caso.

El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por la investigadora, durante el mes de Noviembre del 2010 utilizando los instrumentos antes mencionados.

2.1.7 Control de Calidad de datos

Validez:

Los instrumentos fueron validados por la autora. A través de la validez por expertos que fueron: con resultados 1,54 "Adecuación total". (Ver Anexo N° 04).

Prueba piloto:

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra 6 adultos mayores (que representan el 10% de la población a investigar) con las características similares a la población. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron convenientes en los diferentes instrumentos.

Confiabilidad:

La confiabilidad se determinó a través del alfa de Cronbach aplicándose a la prueba piloto, por instrumento, resultando un 89% y 99%, de fiabilidad respectivamente. (Ver Anexo N° 04).

2.1.8. Procesamiento y Análisis de los Datos

Los datos recopilados fueron procesados por el Software SPSS (Paquete de Ciencias Sociales). Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba estadística ji cuadrado. Se utilizó patrones de calificación simple como la tabulación nominal y porcentual. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas, complementados con representación gráfica reportando frecuencias absolutas y porcentuales.

CAPÍTULO III

DE LOS RESULTADOS

3.1. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados en tablas y gráficos descriptivos, y para la comprobación de la hipótesis entre dos variables se utilizó la prueba de ji cuadrado.

CUADRO N° 01

POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS" DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010

Nivel de Percepción del Bienestar Psicológico	N°	%
Alto	38	97,44
Promedio	1	2,56
Bajo	0	0,00
Total	39	100,00

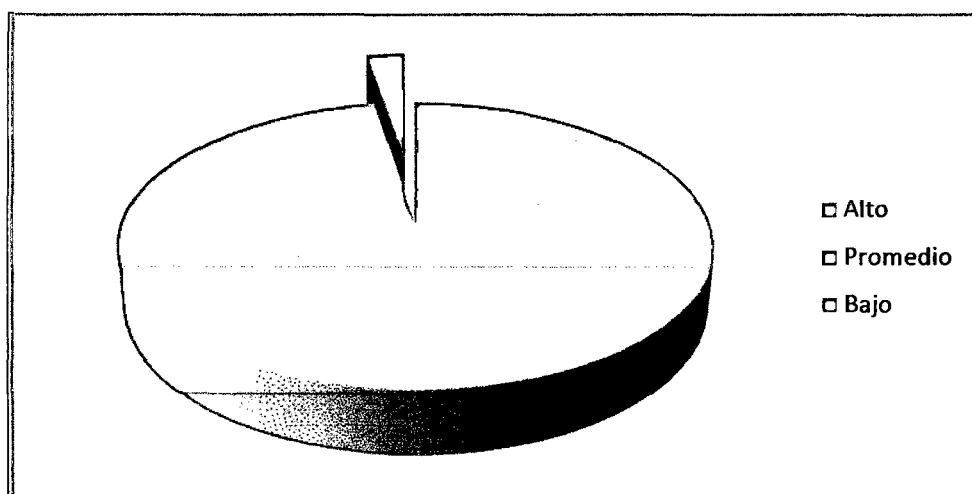
Fuente: Escala de Bienestar psicológico en el adulto mayor creado por BARROS, Carmen, HERRERA, Soledad (2006) y modificado por la autora, aplicado en Noviembre del 2010.

Interpretación:

En el presente cuadro se observa que el 97,44% de los adultos mayores presentaron un nivel de percepción psicológico alto y el 2,56% presentaron nivel de percepción psicológico promedio.

GRÁFICA N° 01

POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB “SAN FRANCISCO DE ASIS” DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010



Fuente: cuadro N° 01

CUADRO N° 02

POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS" DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010

Nivel de Percepción del bienestar social	N°	%
Alto	8	20,51
Promedio	31	79,49
Bajo	0	0,00
Total	39	100,00

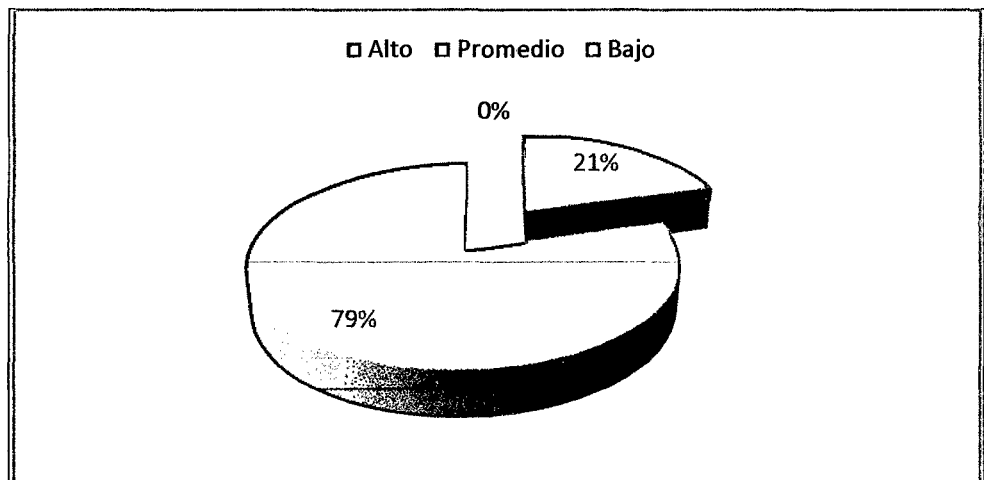
Fuente: Escala de bienestar social en el adulto mayor de, Corey Keyes y modificado BLANCO, Amado (2005), aplicado en Noviembre del 2010.

Interpretación:

En el presente cuadro se puede observar que, el 79,49% de los adultos mayores presentaron un nivel de percepción del bienestar social promedio y el 20,51% un nivel del bienestar social alto.

GRÁFICA N° 02

POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS" DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010



Fuente: cuadro N° 02

CUADRO N° 03

POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB “SAN FRANCISCO DE ASIS” DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010

NIVEL DE PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL/DIMENSIONES	Nº	%
Integración social		
Alto	8	20,51
Promedio	31	79,49
bajo	0	0,00
Aceptación social		
Alto	2	5,13
Promedio	28	71,79
bajo	9	23,08
Contribución social		
Alto	5	12,82
Promedio	25	64,10
bajo	9	23,08
Actualización social		
Alto	7	17,95
Promedio	31	79,49
bajo	1	2,56
Coherencia social		
Alto	6	15,38
Promedio	32	82,05
bajo	1	2,56
Total	39	100,00

Fuente: Escala de bienestar social en el adulto mayor de, Corey Keyes y modificado BLANCO, Amado (2005), aplicado en Noviembre del 2010.

Interpretación:

En el presente cuadro, nos muestra el nivel de percepción del bienestar social de los adultos mayores, en donde el 79,49% presentó integración social, 71,79% aceptación social, 64,10 contribución social, 79,49% actualización social, y un 82,05% coherencia social promedio respectivamente.

CUADRO N° 04

POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS" DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010

Estado nutricional	N°	%
Delgadez	0	0,00
Normal	13	33,33
Sobrepeso	17	43,59
Obeso	9	23,08
Total	39	100,00

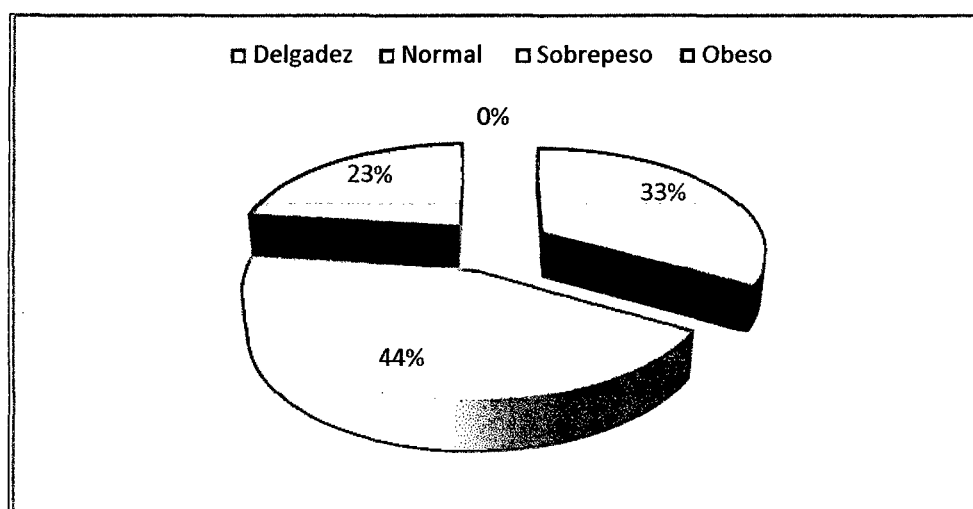
Fuente: Evaluación del estado nutricional según IMC NICH5-INS-MINSA (2007), aplicado en Noviembre del 2010.

Interpretación:

En el presente cuadro nos muestra que el 43,59% de los adultos mayores presentaron sobrepeso y el 23,08% de los adultos mayores obesidad.

GRÁFICA N° 03

POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS" DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010



Fuente: cuadro N° 04

CUADRO N° 05

RELACIÓN DEL NIVEL DE PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS" DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010

Nivel de Percepción del Bienestar psicológico	Estado Nutricional						Total		X ²
	Normal		Sobrepeso		Obeso		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Alto	13	33,33	17	43,59	8	20,51	38	97,44	X ² cal=12,34 X ² tabl=5,99 P=0,00012 G1=2 Si existe relación significativa
Promedio	0	0,00	0	0,00	1	2,57	1	2,56	
Total	13	33,33	17	43,59	9	23,08	39	100,00	

Fuente: Escala de bienestar psicológico en el adulto mayor y Evaluación del estado nutricional aplicado en Noviembre del 2010.

Interpretación:

En el presente cuadro se puede observar que el 43,59% de los adultos mayores presentan un nivel de percepción psicológico alto y tienen sobrepeso.

Estadísticamente existe relación significativa, ya que $X^2 \text{ cal} > X^2 \text{ tabl}$ y un $p < 0,05$.

CUADRO N° 06

**RELACIÓN DEL NIVEL DE PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL
CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB
“SAN FRANCISCO DE ASIS” DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA,
TACNA 2010**

Nivel de Percepción del Bienestar social	Estado Nutricional						Total		X ²
	Normal		Sobrepeso		Obeso		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
Alto	2	5,13	2	5,13	4	10,26	8	20,51	X ² cal=14, 18 X ² tabl=5,99 P=0,0025 GI=2 Si existe relación significativa
Promedio	11	28,21	15	38,46	5	12,82	31	79,49	
Total	13	33,33	17	43,58	9	23,08	39	100,00	

Fuente: Escala de bienestar social en el adulto mayor y Evaluación del estado nutricional aplicado en Noviembre del 2010.

Interpretación:

En el presente cuadro se puede evidenciar que el 38,46% de los adultos mayores presentan un nivel de percepción social promedio y tienen sobrepeso.

Estadísticamente existe relación significativa, ya que $X^2 \text{ cal} > X^2 \text{ tabl}$ y un $p < 0,05$.

3.2. Discusión

En el **cuadro N° 01** se observa que el 97,44% de los adultos mayores presentaron un nivel de percepción psicológico alto y el 2,56% presentaron nivel de percepción psicológico promedio.

BARROS, Carmen, HERRERA, Soledad (2006) Bienestar psicológico en el adulto mayor es la forma de enfrentamiento como una evaluación a la respuesta del yo o introspección del yo, para ello el adulto mayor construye una capacidad resiliente.⁽²⁰⁾

El bienestar psicológico es una forma de autoevaluarse y enfrentar anímicamente su realidad, y esto se debe a que ellos desarrollaron su autoestima y resiliencia en la adolescencia y la fortalecieron en la adultez.

En el **cuadro N° 02** se puede observar que, el 79,49% de los adultos mayores presentaron un nivel de percepción del bienestar social promedio y el 20,51% un nivel del bienestar social alto. Y en el **cuadro N° 03**, nos muestra el nivel de percepción del bienestar social

⁽²⁰⁾ BARROS, Carmen; y Otros (2006) op.cit. Pág. 89-134.

(por dimensiones) de los adultos mayores, en donde el 79,49% presentó integración social, 71,79% aceptación social, 64,10% contribución social, 79,49% actualización social, y un 82,05% coherencia social promedio respectivamente.

El bienestar social del adulto mayor a “la valoración que hace el adulto mayor de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” ⁽²¹⁾

Es así como la percepción del bienestar social, de encontrarse en nivel promedio; determina que aparentemente la calidad de vida en el adulto mayor se encuentra en un estado de bienestar; esto se debe a que ellos se encuentran en constante interacción y participan del Club, lo que permite su desarrollo social.

En el **cuadro N° 04** nos muestra que el 43,59% de los adultos mayores presentaron sobrepeso y el 23,08% de los adultos mayores obesidad y

Resultados similares a los de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2008) ⁽²²⁾Realizaron un amplio

⁽²¹⁾ BLANCO, Amado (2005) op.cit.Pág.582

⁽²²⁾ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2008) Ibid. Pág 200.

estudio sobre hábitos nutricionales y estilos de vida en 582 ancianos sanos en el Hospital de Catalá (excluían pacientes con alguna patología grave), con una edad media de 81 años. Encontraron un 2 % que tenían un IMC inferior a 20%. Solían ser los más mayores (85 años) y predominantemente mujeres. Mientras que el 60 % presentaba sobrepeso-obesidad.

A diferencia de ORTIZ, Pedro (2007) ⁽²³⁾Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Estudio prospectivo y descriptivo de seguimiento de una muestra de adultos mayores hospitalizados recolectando datos de variables antropométricas y bioquímicas al ingreso y al alta buscando variaciones. Resultados: Se encontró desnutrición al ingreso en 47,8%, hipoalbuminemia en 80%, 76,4% de anemia, 51% de linfopenia y déficit de vitamina B¹² en 7%. Se encontró disminución en los valores antropométricos y los niveles de albúmina al alta hospitalaria así como correlación entre estos hallazgos con la edad y el tiempo de hospitalización.

⁽²³⁾ ORTIZ, Pedro (2007)Ibid. Pág.35.

Resultados comparativos a PACCI, Nilda (2009) ⁽²⁴⁾En la tesis factores socioculturales y el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009. En donde concluyó que el 58,3% consume diariamente carbohidratos y proteínas y el 1,7% carbohidratos. Que el 70% de los adultos mayores participa en actividades recreativas organizadas por su comunidad y el 30% a veces. Estadísticamente existe influencia entre los factores sociales y culturales y el autocuidado. Ya que presentaron un $X^2_{cal} > X^2_{tabl}$. Y un $p < 0,05$, por lo que existe dependencia entre esas variables.

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.⁽²⁵⁾

Resulta preocupante que este sea en ésta población sobrepeso y obeso en mayor porcentaje. Pero en el envejecimiento o adulto mayor puede producirse a velocidad variable dependiendo de varios factores entre ellos la nutrición. Aunque ningún tipo de alimento logra retardar el proceso, es innegable que la nutrición en su conjunto influye en la longevidad. Dado que la buena nutrición y la buena salud son inseparables, los efectos de una dieta defectuosa aparecen tarde o

⁽²⁴⁾ PACCI, Nilda (2009) Ibid. Pág. 110.

⁽²⁵⁾ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008) op.cit. www.who.es//

temprano. En la etapa adulta mayor es importante una buena nutrición para conservar la salud y prolongar la vida al retardar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas, cáncer, artritis y osteoporosis.

En el **cuadro N° 05** el 43,59% de los adultos mayores presentan un nivel de percepción psicológico alto y tienen sobrepeso, estadísticamente existe relación significativa, ya que $X^2 \text{ cal} > X^2 \text{ tabl}$ y un $p < 0,05$. Y en el **cuadro N° 06** el 38,46% de los adultos mayores presentan un nivel de percepción social promedio y tienen sobrepeso. Estadísticamente existe relación significativa, ya que $X^2 \text{ cal} > X^2 \text{ tabl}$ y un $p < 0,05$.

Esto comprueba lo que indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) que conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad"

Además se fundamenta en el modelo de **Betty Neuman** en donde La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo. Refiere que la salud depende de como la

persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones, físicas, mentales y sociales. Sin embargo, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de salud holística. El enfoque holístico del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependientes e integradas en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea. Además que el mundo externo influye en el mundo interno.

CONCLUSIONES

- Que el 97,44% de los adultos mayores reportó nivel de percepción del bienestar psicológico alto y un 2,56% promedio.
- Que el 79,49% de los adultos mayores presentó nivel de percepción del bienestar social promedio y un 20, 59% alto; el 79,49% presentó integración social, 71,79% aceptación social, 64,10 contribución social, 79,49% actualización social, y un 82,05% coherencia social promedio respectivamente.
- Que el 43,59% reportó estado nutricional de sobrepeso y el 23,08% obesidad.
- Existe relación significativa entre la percepción del bienestar psicosocial y el estado nutricional, esto se comprobó mediante la prueba estadística ji cuadrado.

RECOMENDACIONES

- Hacer llegar los resultados al establecimiento de la jurisdicción, para que tome las acciones que crea necesaria.
- Realizar estudios con una población mayor con la finalidad de extrapolar las variables y resultados que influyan en el estado nutricional de los adultos mayores.
- Fomentar y ejecutar acciones preventivo promocionales propiciando una cultura nutricional saludable con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Capacitar a los recursos humanos especializados en el campo geronto-geriátrico.
- Continuar realizando investigaciones, relacionados a temas relevantes, para así continuar ampliando nuestro campo profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Libros

- BLANCO, Amado (2005) El bienestar social: su concepto y medición. Editorial CODEN. España Págs.582 -589.
- BARROS, Carmen; y Otros (2006) Calidad de vida de las personas adultas mayores. Instrumento para el seguimiento de políticas y programas. Editorial de División de población CEPAL. Chile. Págs. 89-134.
- COREY, Keyes. (2005) Optimización de bienestar: los empíricos encuentro de dos tradiciones. Editorial Diario de la Personalidad y Social Psicología. EUA. Pág. 82.
- PODRABSKY, M. (2007) Nutrición y envejecimiento. 10ma. edición. Editorial. México. Págs. 313-331.
- ROBERTI, Alejandra. (2003) Nutrición adecuada y balance calórico. Editorial Publice Standard. México. Pág. 200.

- SMICIKLAS, W. (2007) Envejecimiento en: Conocimientos Actuales en Nutrición. 8va. edición. Editorial OPS. E.U.A. Págs. 385-91.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2008) España. Trabajo de investigación. Pág. 200.
- VARELLA, Luz (2007) Perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo de adultos mayores en Caldas-Colombia. Trabajo de investigación del Gobierno de Colombia. Pág. 78.

Tesis

- ALCARAZ, Maritza (2006) Evaluación del estado nutricional del adulto mayor en el reparto Flores. Policlínico Municipal de Santiago de Cuba. Trabajo de investigación. Pág. 180.
- ARENCIBIA, Ricardo (2008) Estado nutricional y actividad física en el adulto mayor en una población de referencia de la Provincia Ciego de Ávila, Cuba. Universidad Máximo Gómez, Instituto Nacional de Higiene de los Alimentos. Trabajo de Investigación. Pág. 56.
- DIRECCIÓN REGIONAL DE LA SALUD DE TACNA (DRST-2009) en el estudio sobre Análisis, estado nutricional por etapas de vida de la población que acceden a los establecimientos de salud al III trimestre 2009. Tacna. DRST. Trabajo de investigación. Pág. 89.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) En otro estudio en 14 residencias en Nutrición. Hong Kong. Trabajo de investigación. Pág. 45.
- ORTIZ, Pedro (2007) Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Pág.35.
- ORTIZ, Juana; y Otros. (2009) Bienestar Psicológico de los Adultos Mayores, su relación con la Autoestima y la Autoeficacia en Chile. 2009. Universidad de Concepción. Trabajo de Investigación. Pág. 300.
- PACCI, Nilda (2009) En la tesis factores socioculturales y el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tesis para optar Lic. en Enfermería. Pág. 110.
- RESTREPO, Sandra (2006) Los Hábitos Alimentarios en el Adulto Mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud en Chile. Chile. Tesis para optar el grado en Nutrición. Pág.89.

Paginas Web

- MINISTERIO DE SALUD (2008) Salud mental en los adultos mayores. Perú. Disponible en: www.minsa.gob.pe///
- LEDDY, Susan (2010) Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. México. Disponible en: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03182.html>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2008) Envejecimiento. Perú. Disponible en www.inei.gob.pe
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008) Nutrición en el adulto mayor. www.who.es///
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009) Situación del Adulto mayor en el Mundo. www.who.es///

ANEXOS

ANEXO N° 01

DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

Según fórmula de muestreo de Fisher-Arkin-Coltón:

Donde:

$$n = \frac{N \times 400}{N + 399}$$

• N= Población (44)

• n= Muestra

$$n = \frac{44 \times 400}{44 + 399}$$

n = 39 adultos mayores

ANEXO N° 02

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Percepción Bienestar psicológico	Forma de enfrentamiento como una evaluación a la respuesta del yo o introspección del yo, para ello el adulto mayor construye una capacidad resiliente.	Capacidad resiliente	<ul style="list-style-type: none"> • Si me piden ayuda es porque cuentan conmigo. • Yo me encuentro optimista. • Actúo de acuerdo a mis metas. • Pienso y siento que la vida tiene sentido. • La mayor parte del tiempo tengo control de lo que pasa en mi vida. • Cuando sufro una derrota examino mi aporte al problema y también mis limitaciones. • Cuando tengo un problema serio, lucho. • Cuando me va bien, comparto los méritos con todos los que colaboraron conmigo. • Cuando vienen cambios los defino como desafíos. • Cuando enfrento desafíos nuevos, espero el mejor momento para actuar. • Cuando estoy en dificultades mis fortalezas son mis recursos internos y mi experiencia. 	NOMINAL Nivel de bienestar psicológico Alto (28 a36 puntos) Promedio(20 a 27 puntos) Bajo(12 a 19 puntos)

			<p>sociedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad. • Pienso que lo que hago es importante para la sociedad. 	
		<p>Actualización social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para mí el progreso social es algo que no existe. • La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo. • Veo que la sociedad está en continuo desarrollo. • No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida. • La sociedad ya no progresa. 	
		<p>Coherencia social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No entiendo lo que está pasando en el mundo. • El mundo es demasiado complejo para mí. • No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo. • Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas. 	

<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Estado nutricional</p>	<p>El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.</p>	<p>Valoración antropométrica por índice de masa corporal</p>	<p>- Peso - Talla</p>	<p>ESCALA: NOMINAL IMC</p> <p>Obeso (Mayor de 32%)</p> <p>Sobrepeso (28 a 31,9%)</p> <p>Normal (23,1 a 27,9%)</p> <p>Delgadez (≤ de 23%)</p>
---	--	--	---------------------------	--

ANEXO Nº 03

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Escala de Bienestar psicológico en el adulto mayor creado por
BARROS, Carmen, HERRERA, Soledad (2003) y modificado por la
autora

Instrucciones: Se está realizando un trabajo de investigación para lo cual pide su colaboración respondiendo a las siguientes afirmaciones con la más absoluta sinceridad.

Nº	ITEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Si me piden ayuda es porque cuentan conmigo.			
2	Yo me encuentro optimista.			
3	Actúo de acuerdo a mis metas.			
4	Pienso y siento que la vida tiene sentido.			
5	La mayor parte del tiempo tengo control de lo que pasa en mi vida.			
6	Cuando sufro una derrota examino mi aporte al problema y también mis limitaciones.			
7	Cuando tengo un problema serio, lucho.			
8	Cuando me va bien, comparto los méritos con todos los que colaboraron conmigo.			
9	Cuando enfrento desafíos nuevos, espero el mejor momento para actuar.			
10	Cuando estoy en dificultades mis fortalezas son mis recursos internos y mi experiencia.			
11	Para enfrentar un problema me aproximo paso a paso.			
12	Cuando resuelvo el problema rescato mi experiencia y la guardo.			

**ESCALA DE BIENESTAR SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE
BLANCO, COREY KEYES (1998) Y MODIFICADO POR BLANCO,
AMALIO (2005)**

Nº	ITEMS	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
Integración social				
1	Siento que soy una parte importante de mi comunidad.			
2	Creo que la gente me valora como persona			
3	Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.			
4	Me siento cercano a otra gente.			
5	Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.			
Aceptación social				
6	Creo que la gente no es de fiar.			
7	Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.			
8	Creo que no se debe confiar en la gente.			
9	Creo que la gente es egoísta.			
10	Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.			
11	Las personas no se preocupan de los problemas de otros.			
Contribución social				
12	Creo que puedo aportar algo al mundo.			
13	No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.			
14	Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.			
15	No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.			
16	Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.			

Actualización social			
17	Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.		
18	No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.		
19	La sociedad ya no progresa.		
Coherencia social			
20	No entiendo lo que está pasando en el mundo.		
21	El mundo es demasiado complejo para mí.		
22	No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.		

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**FICHA DE OBSERVACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA
PERSONA ADULTA(O) MAYOR**

I. DATOS DEL ADULTO MAYOR:

1. Edad:.....Años

2. Sexo

a) Masculino

b) Femenino

3. Peso.....Kg

4. Talla.....Cm.

II. VALORACIÓN NUTRICIONAL:

ESTADO NUTRICIONAL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

IMC= $\frac{\text{Peso en kg}}{\text{Talla en m}^2}$ =

Talla en m²

De acuerdo con esos valores se resultó como:

a) Delgadez ≤ de 23%

b) Normal 23.1% a 27.9%

c) Sobrepeso 28% a 31.9%

d) Obeso 32% o más

ANEXO N° 04

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB “SAN FRANCISCO DE ASIS” DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA, TACNA 2010

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?.					
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. Qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

Nº de ítem	Expertos				Promedio
	A	B	C	D	
1	4	5	5	4	4,5
2	5	5	4	5	4,75
3	4	5	4	4	4,25
4	5	5	4	5	4,75
5	4	5	4	4	4,25
6	5	5	4	5	4,75
7	4	5	5	4	4,5
8	5	5	5	5	5
9	4	5	3	4	4,25

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\sqrt{2} \quad \sqrt{2} \quad \sqrt{2}$$

Donde $DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$

Donde $x =$ Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

$Y =$ promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es 1,54

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$\sqrt{2} \quad \sqrt{2} \quad \sqrt{2}$$

Donde $DPP = \sqrt{(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$

$Y =$ valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es $D_{\text{máx.}} = 10,69$

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a $D_{\text{máx.}}$ dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A

..... **1,54**

0 2,1

B

.....

2,2 4,3

C

.....

4,4 6,7

D

.....

6,8 8,9

E

.....

9 10,6

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue 1,54 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

CONFIABILIDAD POR ALFA DE CRONBACH

ethod 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY	ANALYSIS - SCALE(ALPHA)			
	Covariance Matrix 1			
	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	1,18			
VAR00002	,861	1,569		
VAR00003	,873	,9073	1,453	
VAR00004	,718	,8355	,7547	1,127
VAR00005	,831	,7110	,7608	,6106
VAR00006	,847	,5906	,8771	,6576
VAR00007	,163	,4976	,4380	,4069
VAR00007	,788	,6776	,8653	,7673
VAR00008	,694	,7612	,9816	,8347
VAR00009	,794	1,0951	1,1269	,8486
VAR00010	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00011	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00012	,7131	,7110	,7608	,6106
VAR00013	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00014	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00015	1,1158			
VAR00016	,6261	1,4569		
VAR00017	,8073	,9073	1,4453	
VAR00018	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00019	,6131	,7110	,7608	,6106
VAR00020	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00021	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00022	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00023	,6694	,7612	,9816	,8347
VAR00024	,7094	1,0951	1,1269	,8486
VAR00025	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00026	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00027	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00028	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00029	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00030	1,1158			
VAR00031	,6261	1,4569		
VAR00032	,8073	,9073	1,4453	
VAR00033	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00034	,7131	,7110	,7608	,6106

Correlation Matrix 2

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,7131	,7110	,7808	,6106
VAR00002	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00003	,6261	1,4867		
VAR00004	,8073	,9073	1,4453	
VAR00005	,7363	,4976	,4380	,9069

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE
(ALPH

N of Cases = 6,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	86,17	96,6363	98,239	2
Reliability Coefficients 39 items				
Alpha = ,89	Standardized item alpha		,8	
Alpha = ,99	Standardized item alpha		,9	

INSTRUMENTO	PILOTO	
	VALOR	INTERPRETACIÓN
INSTRUMENTO 01	0,89	Adecuación total
INSTRUMENTO 02	0,99	Adecuación total

*Para ser aplicado valor de 0,7 a 1. INSTRUMENTO FIABLE.

ANEXO N° 05

DATOS GENERALES DE LAS ADULTOS MAYORES DEL CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS", TACNA 2010

Datos generales	N°	%
Edad		
60 a 70 años	20	51,28
71 a 80 años	16	41,03
81 a más	3	7,69
Sexo		
Femenino	22	56,41
Masculino	17	43,59
Total	39	100,00

Fuente: Datos generales de los adultos mayores del Club "San Francisco de Asis", Noviembre 2010.

ANEXO N° 06

DATOS GENERALES DE LAS ADULTOS MAYORES POR SEXO Y EDAD DEL CLUB "SAN FRANCISCO DE ASIS", TACNA 2010

EDAD	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
60 a 70 años	15	38,46	5	12,82	20	51,28
71 a 80 años	5	12,82	11	20,21	16	41,03
81 a más	2	5,12	1	2,56	3	7,69
Total	22	56,41	17	43,59	39	100,00

Fuente: Datos generales de los adultos mayores del Club "San Francisco de Asís", Noviembre 2010.

ANEXO N° 07

TABLA DEL IMC EN EL ADULTO MAYOR

Puntaje Talla (m)	IMC	PESOS (kg)						
		Delgadez		Normal		Sobrepeso	Obesidad	
		0 <19	1 ≥19	2 ≥21	3 ≥23.1 a <28	3 ≥28	3 ≥32	
1,30			32,1	35,4	39,0	47,2	47,3	54,0
1,31			32,6	36,0	39,6	47,9	48,0	54,9
1,32			33,1	36,5	40,2	48,6	48,7	55,7
1,33			33,6	37,1	40,8	49,4	49,5	56,6
1,34			34,1	37,7	41,4	50,1	50,2	57,4
1,35			34,6	38,3	42,1	50,9	51,0	57,7
1,36			35,1	38,8	42,7	51,7	51,8	58,5
1,37			35,7	39,4	43,4	52,5	52,6	59,3
1,38			36,2	40,0	44,0	53,2	53,3	60,1
1,39			36,7	40,6	44,6	54,0	54,1	60,9
1,40			37,2	41,2	45,3	54,8	54,9	61,7
1,41			37,8	41,8	45,9	55,6	55,7	62,5
1,42			38,3	42,3	46,6	56,4	56,5	63,3
1,43			38,9	42,9	47,2	57,2	57,3	64,1
1,44			39,4	43,5	47,9	58,0	58,1	64,9
1,45			39,9	44,2	48,6	58,8	58,9	65,7
1,46			40,5	44,8	49,2	59,6	59,7	66,5
1,47			41,1	45,4	49,9	60,4	60,5	67,3
1,48			41,6	46,0	50,6	61,2	61,3	68,1
1,49			42,2	46,6	51,3	62,1	62,2	68,9
1,50			42,8	47,3	52,0	62,9	63,0	69,7
1,51			43,3	47,9	52,7	63,7	63,8	70,5
1,52			43,9	48,5	53,4	64,6	64,7	71,3
1,53			44,5	49,2	54,1	65,4	65,5	72,1
1,54			45,1	49,8	54,8	66,3	66,4	72,9
1,55			45,6	50,5	55,5	67,2	67,3	73,7
1,56			46,2	51,1	56,2	68,0	68,1	74,5
1,57			46,8	51,8	56,9	68,9	69,0	75,3
1,58			47,4	52,4	57,7	69,8	69,9	76,1
1,59			48,0	53,1	58,4	70,7	70,8	76,9
1,60			48,6	53,8	59,1	71,6	71,7	77,7
1,61			49,2	54,4	59,9	72,5	72,6	78,5
1,62			49,9	55,1	60,6	73,4	73,5	79,3
1,63			50,5	55,8	61,4	74,3	74,4	80,1
1,64			51,1	56,5	62,1	75,2	75,3	80,9
1,65			51,7	57,2	62,9	76,1	76,2	81,7

TABLA DEL IMC EN EL ADULTO MAYOR

1,66	52,4	57,9	63,7	77,1	77,2	82,7
1,67	53,0	58,6	64,4	78,0	78,1	83,7
1,68	53,6	59,3	65,2	78,9	79,0	84,7
1,69	54,3	60,0	66,0	79,9	80,0	85,7
1,70	54,9	60,7	66,8	80,8	80,9	86,7
1,71	55,6	61,4	67,5	81,8	81,9	87,7
1,72	56,2	62,1	68,3	82,7	82,8	88,8
1,73	56,9	62,9	69,1	83,7	83,8	89,8
1,74	57,5	63,6	69,9	84,7	84,8	90,8
1,75	58,2	64,3	70,7	85,7	85,8	91,9
1,76	58,9	65,0	71,6	86,6	86,7	92,9
1,77	59,5	65,8	72,4	87,6	87,7	94,0
1,78	60,2	66,5	73,2	88,6	88,7	95,1
1,79	60,9	67,3	74,0	89,6	89,7	96,1
1,80	61,6	68,0	74,8	90,6	90,7	97,2
1,81	62,2	68,8	75,7	91,6	91,7	98,3
1,82	62,9	69,5	76,5	92,6	92,7	99,4
1,83	63,6	70,3	77,4	93,7	93,8	100,5

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Salud (MINS) - 2007