

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESTADO NUTRICIONAL
DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD COCHABAMBA
CHOTA, 2024**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentado por:

NIMER NORBEL ZAVAleta HERNÁNDEZ

Asesora:

M.Cs. DELIA ROSA YTURBE PAJARES

Cajamarca, Perú

2025



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:

NIMER NORBEL ZAVAleta HERNÁNDEZ

DNI: 43886514

Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud.
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública

2. Asesora: M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

3. Grado académico o título profesional

- Bachiller Título profesional Segunda especialidad
X Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:

- X** Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

Factores sociodemográficos y estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud
Cochabamba Chota, 2024

6. Fecha de evaluación: **30/12/2025**

7. Software antiplagio: **X** TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **19%**

9. Código Documento: **3117:543535760**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

X APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **30/12/2025**

Firma y/o Sello
Emisor Constancia

.....
M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

DNI: 26637378

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT@ 2025 by
NIMER NORBEL ZAVAleta HERNÁNDEZ
Todos los derechos reservados



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 11:30 am horas del día 28 de noviembre de dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 1Q-206 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ**, **Dra. SANTOS ANGÉLICA MÓRÁN DIOSES**, **M.Cs. AÍDA CISTINA CERNA ALDAVE** y en calidad de asesora la **M.Cs. DELIA ROSA YTURBE PAJARES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de marco teórico de los programas de maestría y doctorado, se dio inicio a la sustentación de la tesis titulada: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD COCHABAMBA CHOTA, 2024**; presentada por el **Bachiller en Enfermería, NIMER NORBEL ZAVALETA HERNÁNDEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó...Aprobado.....con la calificación deExcelente (18).....la mencionada Tesis; en tal virtud, el **Bachiller en Enfermería, NIMER NORBEL ZAVALETA HERNÁNDEZ**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 11:30 am horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares
Asesora

Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Jurado Evaluador

Dra. Santos Angélica Mórán Dioses
Jurado Evaluador

M.Cs. Aída Cistina Cerna Aldave
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme en cada paso de este viaje académico y darme fortaleza y entendimiento en este logro académico.

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional, por su paciencia y por inculcarme la importancia de la responsabilidad y la educación.

Nimer

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Cajamarca, que me ha brindado la oportunidad de conocer, explorar e incrementar mis conocimientos y competencias académicas.

A mi asesora, M. Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares, quien me ha escuchado, aconsejado y guiado durante todo el proceso de investigación.

A todos los adultos mayores del centro de salud Cochabamba, por su valiosa participación, ya que sin ellos no habría sido posible realizar esta tesis.

Que tu medicina sea tu alimento, y el alimento tu medicina.

Hipócrates

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del Problema de investigación	3
1.3. Justificación e importancia	3
1.4. Limitaciones	5
1.5. Objetivos	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial	6
2.3. Marco conceptual	13
2.4. Marco Legal	20
CAPÍTULO III	24
PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS	24
3.1. Hipótesis	24
3.2. Variables	24
3.3. Operacionalización de las variables	25
Católica	25
CAPÍTULO IV	28
MARCO METODOLÓGICO	28
4.1. Ubicación geográfica.	28
4.2. Diseño de investigación	28
4.3. Método de investigación	29
4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación	29
• Unidad de análisis (sujeto)	30
4.5. Criterios de inclusión y exclusión	30

4.6.	Técnicas e instrumentos de recopilación de información	30
	La técnica de recolección de información fue la encuesta y los instrumentos	30
	Validez y confiabilidad de los instrumentos	32
4.7.	Procesamiento y análisis de los datos	32
4.8.	Criterios éticos	32
CAPÍTULO V		34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		34
CONCLUSIONES		47
RECOMENDACIONES		48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		49

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Factores sociodemográficos del adulto mayor del Centro de Salud	34
Tabla 2 Situación sociofamiliar del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.	37
Tabla 3 Estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.	39
Tabla 4 Factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.	43

LISTA DE ABREVIATURAS

ALC:	América Latina y el Caribe
AM:	Adulto mayor
EVSF:	Escala de Valoración Sociofamiliar
IMC	Índice de masa corporal
MINSA:	Ministerio de Salud
MNA:	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF:	Mini evaluación Nutricional
MPS:	Modelo de Promoción de la Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024. Estudio cuantitativo, relacional, diseño no experimental y transversal, ejecutado en una muestra de 111 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF) y el Mini evaluación nutricional (MNA). Los factores sociodemográficos frecuentes en los adultos mayores fueron los que tenían entre 60 y 69 años con 50,5%, 56,8% varones, 53,2% casados, 38,7% estudios de primaria incompleta, 21,6% tienen un hijo, 62,2% de zona urbana, y el 64,0% profesan la religión católica. En cuanto a los factores sociofamiliares, se observó que el 36,9% de los adultos mayores presentaba situación social buena o aceptable, el 36,9% riesgo social, mientras que 26,2% enfrentaba un problema social. En cuanto al estado nutricional, 47,7% presentó riesgo de desnutrición, 32,5% estado nutricional normal y 19,8% malnutrición. Los adultos mayores con riesgo de malnutrición fueron los que tenían entre 60 y 69 años 27,0%, varones 25,2%, casadas 28,8%, con primaria incompleta (16,2%, con un hijo (10,8%), de zonas urbanas (32,4%), católicos (32,4%) y aquellos con riesgo social 20,7%. Concluye que existe relación entre el estado nutricional y algunas características sociodemográficas (grado de instrucción, número de hijos y zona de residencia).

Palabras clave: Adulto mayor, factores sociodemográficos, estado nutricional, educación, edad.

ABSTRACT

The study aimed to determine the relationship between sociodemographic factors and the nutritional status of older adults at the Cochabamba Chota Health Center, 2024. A quantitative, relational study, with a non-experimental and cross-sectional design, was carried out on a sample of 111 older adults. The instruments used were the Socio-Family Assessment Scale (EVSF) and the Mini Nutritional Assessment (MNA). The frequent sociodemographic factors in older adults were those between 60 and 69 years of age (50.5%), 56.8% were men, 53.2% were married, 38.7% had incomplete primary education, 21.6% had one child, 62.2% were from urban areas, and 64.0% were Catholic. Regarding socio-family factors, it was observed that 36.9% of older adults had a good or acceptable social situation, 36.9% were at social risk, while 26.2% faced a social problem. Regarding nutritional status, 47.7% were at risk of malnutrition, 32.5% had normal nutritional status, and 19.8% were malnourished.

Key Words: Sociodemographic factor, socio-family factor, nutritional status, older adults, education, age .

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desnutrición comprende, en todas sus manifestaciones, la obesidad, el sobrepeso, la desnutrición, el desequilibrio de minerales o vitaminas y las enfermedades no transmisibles vinculadas con la alimentación. Actualmente, existen 2500 millones de adultos con sobrepeso, de los cuales 890 millones tienen obesidad, mientras que 390 millones tuvieron un peso insuficiente. Estas condiciones tienen repercusiones de índole económica, social y médica para quienes la padecen como para su familia, su comunidad y su país (1).

En América Latina y el Caribe (ALC), el 6,5% de la población sufre hambre, es decir, 43,2 millones de personas. Siendo necesario mantener a las personas en el centro del conjunto de soluciones ante la inseguridad alimentaria y la malnutrición. Por lo que, es fundamental promover que resguardan a los individuos más vulnerables (los ancianos) y modifigan los sistemas de alimentación para hacerlos más resistentes, así como respaldar estas acciones con políticas públicas que fomentan dietas económicas y saludables (2).

La malnutrición adquiere mayor relevancia cuando ocurre en los adultos mayores (AM) y puede pasar desapercibida. Esta condición puede conllevar a múltiples problemas de salud como fatiga, sistema inmunitario deprimido, retraso en la cicatrización de lesiones y debilidad en los músculos, lo cual puede ocasionar caídas y fracturas, empeorar enfermedades previas, complicar su pronóstico o aumentar el riesgo de muerte (3).

En tal sentido, la malnutrición es el resultado de múltiples factores, que actúan en combinación. Estudios ejecutados en adultos mayores han encontrado mayor riesgo de malnutrición asociado factores sociodemográficos (sexo femenino, edad avanzada, bajo

grado de instrucción, aislamiento social, bajo ingreso familiar); además del pobre apetito, pérdida de piezas dentales, síntomas de depresión, deterioro cognitivo, multimorbilidad, polifarmacia y hospitalización reciente (4, 5).

Un estudio en Lima muestra (2021) que el 79% de los encuestados fueron mujeres, el 46% con edades comprendidas entre 70 y 79 años. Según el Mini Nutritional Assessment (MNA), el 32,4% tuvieron riesgo de malnutrición; y según el IMC, el 50% tuvo exceso de peso. El MNA mostró un puntaje más alto en los hombres, y el uso de medicamentos se correlacionó con el riesgo de desnutrición (6).

La presente investigación se realizó con AM del Centro de Salud Cochabamba, teniendo como objetivo determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024. Los resultados indican que existe relación entre el estado nutricional con algunas características sociodemográficas (grado de instrucción, número de hijos y zona de residencia). Mientras que, no se relacionó con las otras características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, religión y factor sociofamiliar) del adulto mayor, puesto que el p-valor del Chi Cuadrado fue $> 0,05$.

La tesis está estructurada en base a seis capítulos como, se describe a continuación:

Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, limitaciones y los objetivos.

Capítulo II: Antecedentes de diferentes investigaciones que tienen relación con el estudio en todos los contextos; luego se plasma el marco teórico, donde se desarrolla todo el contenido en lo que respecta a las variables en estudio.

Capítulo III: Hipótesis, variables de estudio y operacionalización de los componentes de la hipótesis.

Capítulo IV: Ubicación geográfica, diseño de investigación, población, muestra y unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de información, técnicas para el procesamiento y análisis de los datos, aspectos éticos de la investigación y matriz de consistencia.

Capítulo V: Resultados de toda la investigación dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados, plasmado en tablas simples y de contingencia, con su análisis, interpretación y discusión de los mismos.

Conclusiones, recomendaciones, sugerencias, bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

De acuerdo con la OMS, el índice de personas adultas mayores (AM) en el mundo se duplicará aproximadamente entre 2015 y 2050, pasando del 12% al 22% (7). Esta transición demográfica se acompaña de cambios en el funcionamiento orgánico, que a su vez generan modificaciones en sus necesidades nutricionales. Por ello, aumenta el riesgo de sufrir deficiencias nutricionales, convirtiendo a este grupo biológicamente vulnerable. Es fundamental prestarles atención y brindarles una nutrición especial (8).

El estado nutricional refleja la situación de salud del AM, como resultado de su alimentación, estilo de vida y otros factores vinculados al proceso de envejecimiento (9). En este contexto, la malnutrición ya sea por déficit o exceso constituye un problema frecuente y relevante en esta etapa de la vida, pues puede agravar enfermedades crónicas, reducir la funcionalidad y aumentar la dependencia. Por ello, resulta esencial realizar una valoración nutricional integral que permita identificar su estado nutricional.

Según la OMS, en el mundo 2,500 millones de AM presentan sobrepeso, mientras que 390 millones padecen delgadez (10). Estos problemas están asociados a factores sociodemográficos que influyen en su estado de salud, incluyendo factores sociofamiliares (11). En América Latina y el Caribe (ALC), el 22,5% de la población no tiene los recursos adecuados para obtener una alimentación diversa. Esta cifra llega al 52% en el Caribe; en Mesoamérica, el 27,8%; y en América del Sur, el 18,4% (12).

La malnutrición constituye uno de los principales problemas en el AM, generando consecuencias negativas para su salud y calidad de vida. Esta condición puede provocar alteraciones en el sistema inmunitario, agravamiento de procesos infecciosos y complicaciones en diversas enfermedades, lo que conduce a deterioro funcional, hospitalizaciones, aumento en el uso de recursos sanitarios y, finalmente, mayor mortalidad (13).

Los factores sociodemográficos comprenden las condiciones que afectan al AM debido a una interacción de aspectos biológicos, psicológicos y sociales (14). En México, factores como la edad, depresión, jubilación, insuficiencia económica, bajo índice de masa corporal, síntomas depresivos, alimentación insuficiente y dificultades para acostarse sin ayuda repercuten en su estado nutricional (15). En Colombia, el 45,8% de los AM presentan exceso de peso (sobrepeso u obesidad), mientras que el 10,7% padecen delgadez. Mantener un estado de bienestar es fundamental para prevenir enfermedades degenerativas y favorecer un envejecimiento saludable (16).

Durante el envejecimiento, diversos factores inciden en la alimentación y estado nutricional del AM, tales como problemas físicos (masticación, salivación, deglución e hipofunción digestiva), fisiológicos (alteración del metabolismo basal y reducción de requerimientos energéticos), alimenticios (restricción en el consumo de frutas y verduras frescas) y psicosociales (pobreza, limitación de recursos, malos hábitos alimentarios y anorexia), lo que incrementa los problemas nutricionales (16).

En el Perú, la población AM representa el 13,3% del total. En cuanto al estado nutricional, el 24,3% presenta déficit calórico, siendo mayor en Lima Metropolitana (36,2%), seguida de las zonas urbana (20,0%) y rural (15,4%) (17). Un estudio indica que el 51% de AM tiene riesgo de desnutrición y el 2% presenta desnutrición. Los factores sociodemográficos asociados incluyen edad, afecciones previas, dependencia funcional y riesgo social (18).

En el Centro de Salud Cochabamba se ha observado que existen AM con malnutrición, ya sea por exceso (sobrepeso y obesidad) o déficit (delgadez), relacionados con factores sociodemográficos como abandono familiar, falta de ingresos, bajo nivel educativo, jubilación y falta de apoyo gubernamental, lo que limita la satisfacción de sus necesidades básicas. Además, problemas bucales, trastornos digestivos y disminución del metabolismo contribuyen a la malnutrición.

1.2. Formulación del Problema de investigación

¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024?

1.3. Justificación e importancia

El estado nutricional en el AM es un indicador fundamental de su salud general y calidad de vida. En esta etapa, diversos factores como los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la presencia de enfermedades no transmisibles, la disminución del apetito, las alteraciones en la dentición, así como aspectos sociales y económicos, pueden afectar negativamente la ingesta y absorción de nutrientes.

Este estudio contribuye al conocimiento científico al ofrecer datos relevantes sobre los factores sociodemográficos y el estado nutricional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Cochabamba, Chota, durante el año 2024. La investigación responde a una necesidad, dado que no existen antecedentes similares en la región, lo que permite comprender mejor las condiciones nutricionales de esta población vulnerable.

Los hallazgos de esta investigación son fundamentales para que las autoridades regionales y locales puedan diseñar y ejecutar estrategias efectivas que mejoren la nutrición de los adultos mayores. Además, el estudio es pertinente porque los adultos mayores enfrentan cambios físicos y funcionales que modifican sus necesidades nutricionales y su metabolismo basal. Los resultados también orientan al personal de salud para fortalecer sus acciones preventivas y educativas, promoviendo una alimentación equilibrada que contribuya a mejorar la salud.

La investigación brinda información útil para que los gestores del Centro de Salud Cochabamba, Chota, implementen medidas dirigidas a optimizar el estado nutricional de los adultos mayores. Asimismo, el investigador está motivado por la importancia de identificar los factores sociodemográficos vinculados con la nutrición en este grupo etario vulnerable. Finalmente, este trabajo es parte fundamental para la obtención del grado de Maestro en Ciencias con mención en Salud Pública.

1.4. Limitaciones

Durante la ejecución del estudio se tuvo dificultades para recolectar la información debido a que es una población dispersa y no concentrada. Lo cual lo supere con el apoyo de la convocatoria a los adultos mayores por parte del Gerente del Centro de Salud Cochabamba.

1.5. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

Objetivos específicos

- Identificar los factores demográficos del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota.
- Describir los factores sociofamiliares del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota.
- Evaluar el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

Internacionales

Giraldo N. et al. (2023) estudiaron “Malnutrición relacionada con factores sociodemográficos en adultos mayores en Colombia”, plantearon como objetivo determinar la prevalencia malnutrición por antropometría y el MNA en AM. Estudio cuantitativo, observación y transaccional, con 1187 AM. Se encontró que el 65,2% eran mujeres, la edad media era de 70 años; el 61,5% pertenecía a la clase socioeconómica baja y el 65,9% estudios primarios o inferiores. El 20,8% tenía bajo peso, el 36,8% sobrepeso y el 57,6% desnutrición. El MNA indica que el 41,4% mostró riesgo de desnutrición y el 5,4 % padeció desnutrición. Concluyen que la malnutrición en Medellín es alta y constituye un problema de salud pública (19).

Tapia D. (2022) investigó “Influencia que ejerce las características sociodemográficas en el estado nutricional de adulto mayor”, Ecuador. Tuvo como objetivo determinar la influencia de las características sociodemográficas en el estado nutricional. Investigación mixta, no experimental y transversal. El 38,6% de adultos mayores tuvo entre 60 a 69 años, 57% mujeres, 52,4% sin estudios; el 31,1% no había perdido peso, el 42% es autónomo, el 53% presentó alguna enfermedad, 44% no tuvo problemas neuropsicológicos. En cuanto al estado nutricional, el 42% presentó riesgo de malnutrición. Concluye que los factores sociodemográficos influyen en el estado nutricional del adulto mayor (20).

Campos J. et al. (2021) realizaron una investigación “Factores sociales y demográficos y su relación con el estado nutricional en adultos mayores El Salvador. Teniendo como objetivo analizar la relación de los factores sociodemográficos y el estado nutricional de los adultos mayores. Investigación cuantitativa, correlacional y de corte transversal. Se encontró que el 76 % de los adultos mayores tuvo malnutrición, se encontró que el nivel de estudios y ocupación se relacionó con el estado nutricional. Concluyen que el tener menor edad y no tener riesgo económico es factor protector para desarrollar malnutrición por déficit (21).

Espinosa E, et al. (2019) realizaron un estudio “Factores relacionados en el estado nutricional en los adultos mayores del Ecuador”, su objetivo fue establecer factores relacionados con la malnutrición. Estudio de enfoque cuantitativo, correlacional y transaccional, muestra de 250 AM. Los resultados mostraron que 20,4% presentó malnutrición y 47,2% riesgo de malnutrición. El 10% sobrepeso, 46,8% casados, 4,8% con malnutrición. Se encontró asociación con el estado civil cuyo p-valor fue de 0.022. De los que tuvieron depresión establecida el 11,6% tuvo malnutrición, de los que tuvieron sedentarismo, el 12% tuvo malnutrición, de los que tuvieron ingresos socioeconómico bajo, el 18,8% tuvo malnutrición. Concluyeron que la quinta parte de AM tuvieron malnutrición se asoció con la depresión, sedentarismo y bajo nivel socioeconómico (22).

Iglesias L, et al. (2019) estudiaron “Factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos de España”, su objetivo fue determinar los factores relacionados con la malnutrición en los AM. Investigación cuantitativa, no experimental, descriptivo y transversal, en España con muestra de 113 AM. Los

resultados muestran que el 31% presentó riesgo de desnutrición; el 92% tuvo algún síntoma o patología y 18% presentó deterioro cognitivo. El 65,5% una dieta basal/diabética y el 35,4% requería ayuda para comer. Concluyeron que el estado nutricional se asocia con el deterioro cognitivo moderado y grave y/u otras patologías y con la calidad en la asistencia (23).

Alaba G. (2019) estudió “Factores Asociados al riesgo nutricional en el centro de cuidados del adulto mayor Villa Alegre”, Ecuador. Su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a la situación actual de los AM. Estudio de enfoque mixto, en Ecuador realizado con 28 AM. Los resultados muestran que el 32% de los AM presentó desnutrición leve, el 45% fue eutrofia y 23% sobrepeso. Respecto a los factores se encontró que los factores socioeconómicos, fisiológicos y culturales influyen en el estado nutricional del AM. Concluye que más de la mitad de AM presentó malnutrición, ya sea por exceso (sobrepeso) o déficit (desnutrición leve) (24).

Nacionales

Gómez Y. (2024) estudió “Factores sociofamiliares asociados al estado nutricional antropométrico en adultos mayores de Puente Piedra, Lima, 2024”. Tuvieron como objetivo determinar los factores sociofamiliares asociados al estado nutricional antropométrico en adultos mayores de Puente Piedra, Lima, 2024. Investigación cuantitativa, diseño no experimental y alcance correlacional, la muestra fue 125 adultos mayores. Se encontró que el 69,6% tuvieron riesgo social, 24% buena situación social y 6,4% problema social. En estado nutricional, el 51,2% presentaron buen estado nutricional, el 41,6% sobrepeso, 5,6% obesidad y 1,6% delgadez.

Concluyen que, si bien la situación sociofamiliar no se asocia significativamente al estado nutricional ($\text{sig.}=0.107>0.05$), los factores socioeconómicos sí se asocian (factor económico de salario mínimo e ingreso irregular, factor de red de apoyo sin seguro social, los factores que predicen un estado de delgadez) (25).

Cárdenas A, et al. (2022) investigaron los “Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores de Arequipa, Perú”, su objetivo fue determinar la prevalencia de desnutrición y factores relacionados. Investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, en Arequipa con muestra de 214 AM. Los resultados muestran que 88,3% fueron mujeres. El 51% de los AM presentó riesgo de desnutrición y 2% desnutrición. Los factores de riesgo vinculados con la desnutrición incluyen a los dependientes funcionalmente, tener enfermedades anteriores, pertenecer a un grupo social de riesgo y la edad. Llegaron a la conclusión de que un porcentaje elevado de AM con riesgo de desnutrición está relacionado con la edad, enfermedades anteriores, dependencia funcional y riesgo social (26).

Collantes M. (2022) estudió “Estado nutricional y evaluación de factores que influyen en adultos mayores de San Juan de Dios”, tuvo como objetivo determinar el MNA relacionado a factores asociados. Estudio cuantitativo, no experimental, relacional descriptivo y de corte transversal, cuya muestra fue 50 adultos mayores. Los resultados muestran que el 61,8% tenía riesgo de malnutrición. En cuanto al estado nutricional, el 68,4% presentó IMC bajo siendo un resultado con una significancia de $P= 0,016$. Concluye que existe relación entre el estado nutricional y los factores influyentes (27).

Bernui I y Delgado D. (2021) estudiaron “Estado nutricional y factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores de atención primaria”, se plantearon como objetivo determinar el estado nutricional y los factores asociados en personas AM. Investigación cuantitativa, relacional, realizado con 265 adultos mayores. Los resultados evidencian que el 79 % eran mujeres y el 46 % tenían entre 70 y 79 años. De acuerdo con el MNA, el 32,4% tuvo riesgo de desnutrición. En contraste, el IMC reporta que la mitad tenía sobrepeso. Concluye que más de la mitad de los AM experimentaron exceso de peso, y que un tercio de ellos corrieron el riesgo de sufrir desnutrición (28).

Armas O y Bartra A. (2019) estudiaron “Factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor de Pucallpa”, su objetivo fue determinar los factores determinantes del estado nutricional. Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal, con 50 AM. Los resultados muestran que el 60% mujeres, 62% tuvo entre 65 – 79 años y 66% viven solos. El 52% tuvo delgadez. El 32% de los AM con delgadez tuvieron entre 65 y 79 años, el 32% de las mujeres con delgadez, el 34% con delgadez vive solo y el 32% con delgadez tuvo estudios. Además, el 34% de los AM con delgadez tuvieron riesgo social; el 46% con delgadez no tuvo deterioro cognitivo y el 32% con delgadez tuvo depresión. Concluyeron que las características sociodemográfico, socio familiar y el estado afectivo son factores determinantes en el estado nutricional (29).

Lozano S, et al. (2019) estudiaron el “Estado nutricional del paciente adulto mayor hospitalizado usuario de sonda nasogástrica en un Hospital del Seguro Social, Perú”, su objetivo fue conocer la variación del estado nutricional del paciente adulto mayor

hospitalizado. Estudio no experimental, descriptivo y longitudinal. Se encontró que el 44,3% tuvo desnutrición al ingreso y 77,8% al alta. Concluyeron que existió disminución en los valores antropométricos, teniendo mayor consideración en el IMC, con una variación de 1,3 kg/m² (30).

Local

Edquen K y Diaz A. (2023) investigaron sobre la “Situación sociofamiliar y estado nutricional en Chota - 2023”, cuyo objetivo fue relacionar la situación sociofamiliar y el estado nutricional en el AM. Estudio cuantitativo, no experimental, relacional y transversal, con 90 AM. Los resultados evidencian que el 36,7% tenía entre 60 y 69 años; el 54,4% mujeres; el 52,2% casados y 52,2% sin estudios. El 62,2% tuvo riesgo social, mientras que el 8,9% presentó problemas sociales. En términos de estado nutricional, el 30% mostró delgada, el 10% obesidad y el 6,7% sobrepeso. Determinaron que no había relación significativa entre el estado nutricional y su condición sociofamiliar en el AM (p-valor 0,918) (31).

2.2. Marco Doctrinal

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (1996)

El sustento del estudio fue el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender, quien se basa en 3 componentes (32):

El **primer componente** se refiere a las características y experiencias individuales, es decir hace referencia a la conducta previa relacionada: que es las experiencias pasadas que pueden tener efectos directos e indirectos en la en las conductas de promoción de la salud, y los factores personales, que predisponen a una conducta que

están marcados con la naturaleza en la consideración de la meta de las conductas (32).

El **segundo componente** abarca las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, que están enmarcadas en los factores personales que no pueden ser modificados como los conocimientos y afectos de la conducta. Es decir, comprende la percepción de los beneficios que se derivan de la acción, la percepción de las barreras para actuar, la percepción de autoeficacia, las emociones vinculadas con la actividad, las influencias individuales y las influencias contextuales (32).

El **tercer componente**: es el resultado conductual, que incluye un plan de acción, en el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada que lleva a la instauración de una conducta de salud que marca el antecedente para el resultado anhelado, y la conducta promotora de la salud, es el efecto de los resultados sanitarios con el bienestar ideal, la realización personal o una vida productiva (32).

Este modelo es pertinente para el estudio porque las características individuales, las cogniciones y afectos, y el resultado conductual interactúan con los factores sociodemográficos para influir en las conductas de salud del adulto mayor. Por ello, fomentar conductas saludables (como una alimentación equilibrada, actividad física regular y evitar sustancias nocivas) es esencial para prevenir la malnutrición por exceso o déficit en esta población vulnerable.

Teoría del determinismo social de la salud (OMS)

Son las circunstancias en las que los individuos nacen, se desarrollan, viven, trabajan y envejecen; es por eso que la calidad de nuestra salud está fuertemente influenciada

por estas causas profundas no médicas de la mala salud, que abarcan el acceso a comidas nutritivas, una educación de calidad y condiciones dignas en la vivienda y en el trabajo (33).

Además, subraya que dichas condiciones (estructurales e intermedias) producen inequidades en términos de salud que impactan significativamente en resultados como la condición nutricional. Para un anciano, elementos como el nivel de ingresos y de educación, la vivienda, el acceso a alimentos apropiados y el soporte social funciona como factores que aumentan o disminuyen las probabilidades de sufrir desnutrición (33).

Las revisiones más recientes revelan que la desnutrición en adultos mayores tiene múltiples factores: una gran incidencia en diferentes contextos (comunidad, instituciones) y está relacionada con elementos de tipo social (aislamiento, pobreza), clínico (polifarmacia, comorbilidades) y ambiental (acceso a la comida, capacidad funcional). Esto resalta que es necesario abordar las causas sociales, además de las biológicas, que influyen en la alimentación (34).

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Factores sociodemográficos del adulto mayor

A. Definición

Son las circunstancias que determinan el estado de salud del individuo y/o comunidad. Es decir, son las condiciones sociales y económicas que influyen en el estado de salud de los individuos, en la que intervienen los factores socioeconómicos y socio-familiares (35). Existen varios factores que influyen en el estado nutricional del AM, así como en la conducta alimentaria.

B. Dimensiones

Los factores sociodemográficos incluyen las siguientes dimensiones, que se describen a continuación:

a) Factores sociodemográficos

Es el conjunto de características sociales y culturales que están presentes en los sujetos de estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles. Entre ellos tenemos: edad, sexo, estado civil y grado de instrucción (36).

Las características sociodemográficas influyen en el consumo de alimentos, que en los países en vías de desarrollo se distinguen por una dieta monótona, con el alimento básico aportando entre el 60 y el 90% de la energía, una escasa cantidad de productos animales incluidos en la ración y un alto contenido de azúcares complejos, un aporte proteico reservado (y esencialmente vegetal) y un aporte elevado de fibras (37).

Las características sociales y demográficas repercuten en el consumo alimentario, entre otros factores como el acceso al agua potable, el clima, las comunicaciones y los transportes, la economía nacional, las políticas agrarias y la geografía, entre otros (37).

b) Factor socio-familiar

Es la caracterización sociofamiliar que permite determinar las fortalezas y las necesidades de las familias; y es necesario realizar la valoración sociofamiliar para detectar situaciones de riesgo o problema social (38).

Por otro lado, el factor socio-familiar valora un grupo de aspectos de la persona AM que hace posible determinar las circunstancias sociales, familiares, económicas y medioambientales que determinan la salud de los individuos de mayor edad, con el objetivo de crear un plan de apoyo social apropiado para cada situación (38,39).

C. Cambios fisiológicos en el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso heterogéneo que afecta de manera distinta a cada individuo y a sus órganos, influenciado por factores genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos y sociales. Estos cambios fisiológicos son determinantes en el estado nutricional del adulto mayor, ya que modifican la absorción, digestión y metabolismo de los nutrientes, así como sus requerimientos energéticos y funcionales (40, 41).

Entre los principales cambios destacan:

- **Piel:** Disminución en la capacidad de regeneración celular y alteraciones en la función de la epidermis y dermis, influenciadas por factores genéticos y ambientales como la exposición solar y el tabaquismo.
- **Sistema respiratorio:** Pérdida de soporte elástico y función muscular, aumentando la probabilidad de colapso alveolar y afectación bronquial.
- **Sistema cardiovascular:** Reducción de células musculares, fibrosis, depósitos de calcio y engrosamiento vascular, que incrementan la prevalencia de enfermedades cardíacas.
- **Sistema óseo y muscular:** Disminución progresiva de la masa ósea y muscular, con pérdida significativa a partir de la cuarta década de vida, afectando la movilidad y la capacidad funcional.

- **Sistema digestivo:** Atrofia de papilas gustativas, deterioro dental, reducción de la salivación y alteraciones en la motilidad gástrica, dificultando la ingesta y absorción de alimentos.
- **Sistema nervioso:** Reducción de neurotransmisores y fibras nerviosas que afectan la memoria, el estado de ánimo y la función motora.
- **Sistema renal:** Disminución de la función renal, incluyendo reducción en la tasa de filtración glomerular y capacidad de concentración urinaria.
Estos cambios fisiológicos condicionan las necesidades nutricionales y aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor a la malnutrición, por lo que su comprensión es esencial para una adecuada valoración nutricional y el diseño de intervenciones específicas en esta población.

2.3.2. Estado nutricional en el adulto mayor

A. Definición

Es el producto de equilibrar la ingesta de nutrientes con el gasto calórico proteico del AM para satisfacer las necesidades fisiológicas adecuadas. Si esta condición se altera, se considera como desnutrición; por otro lado, si es excesivo, se le denomina sobrepeso u obesidad. Así, la obesidad, el sobrepeso y la desnutrición están relacionadas con un aumento de las infecciones, una mayor probabilidad de caer y fracturarse, más hospitalizaciones, así como un agravamiento de las enfermedades crónicas o agudas que se presentan junto a la condición y un empeoramiento del estado de salud (41).

B. Clasificación de la valoración nutricional

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica se realiza a través del IMC. En esa línea, se emplearán los valores adquiridos de la medición de la talla y el peso para determinar el IMC por medio de la siguiente fórmula: IMC = Peso (kg)/(talla (m)) al cuadrado (42).

Clasificación del estado nutricional del AM según IMC

Cuadro 1. Clasificación del estado nutricional

Clasificación	IMC
Delgadez	$\leq 23,0$
Normal	$> 23 \text{ a } < 28$
Sobrepeso	$\geq 28 \text{ a } < 32$
Obesidad	≥ 32

Fuente: Valoración nutricional antropométrica de la persona mayor (42).

Malnutrición: De 0 a 7 pts.

Riesgo de malnutrición: De 8 a 11 pts.

E.N. normal: De 12 a 14 pts.

C. Mediciones antropométricas

Se refiere a la toma de peso y medición de la talla. En situaciones particulares, cuando no sea posible adquirir directamente estas mediciones, se estimarán mediante fórmulas antropométricas basadas en otras mediciones (42).

b.1 Toma del peso

Para realizar la medición del peso, se necesita una balanza mecánica de plataforma estandarizada (sin tallímetro incorporado), con un peso igual o superior a 140 kg. Debe calibrarse regularmente con pesas de patrones de peso, las cuales han sido pesadas con anterioridad en balanzas certificadas (42).

- **Procedimiento:**

El procedimiento, consiste en los siguiente (42):

1. Verificar la ubicación y condiciones de la balanza.
2. Pedirle a la persona AM que se despoje de la ropa sobrante y de los zapatos.
3. Antes de tomar el peso, es necesario calibrar la balanza a cero.
4. Pídale a la persona AM que ocupa el centro de la plataforma de la balanza.

Debe estar recta y relajada, mirando hacia adelante, con los brazos a los lados del cuerpo y las palmas sobre los muslos. Las puntas de los pies deben estar en una posición "V", con los talones un poco separados.

5. Desplace la pesa mayor, que corresponde a kilogramos, hacia la derecha hasta que el extremo de las dos varillas no se desplace; después retroceda diez kilogramos. Recuerde siempre que la pesa menor debe estar en el extremo izquierdo de la varilla.
6. Mueva la pesa menor, que corresponde a gramos, hacia la derecha hasta que el extremo común de las varillas se mantenga en equilibrio en el centro de la abertura que lo alberga.
7. Leer el peso en kilogramos y la fracción en gramos, y sustraer el peso de las prendas que llevaba la persona al ser pesada.
8. Anote el peso en kilogramos (kg) con un decimal que representa 100g, utilizando el formato adecuado y una letra legible y clara.

b.2 Toma de la talla

Para Medir la talla, se emplea un tallímetro estandarizado fijo de madera, que debe estar ubicado en una superficie plana y lisa, sin nada debajo que esté a diferente altura o que sea extraño y con el tablero apoyado en una superficie plana formando un ángulo recto con el suelo (42).

- Procedimiento:

El procedimiento, consiste en los siguiente (42):

- 1.** Verificar la ubicación y condiciones del tallímetro.
- 2.** Describirle a la persona AM el método para medir la talla de forma tranquila y con paciencia, y pedirle su cooperación.
- 3.** Solicitarle que se quite los zapatos (sandalias, ojotas, etc.), el exceso de ropa y cualquier objeto o accesorio en la cabeza que obstaculice la medición.
- 4.** Enseñarle y ayude a posicionarse en el centro de la base del tallímetro, con la espalda al tablero, manteniéndose erguido, mirando hacia delante, con los brazos a los lados del cuerpo y las palmas de las manos apoyadas sobre los muslos; debe tenerlos talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separadas.
- 5.** Verifique que la parte trasera de la cabeza, los hombros, las nalgas, las pantorrillas y los talones están en contacto con el tablero del tallímetro.
- 6.** Comprobar el "plano de Frankfurt". En ciertas situaciones, por la aparición de problemas de curvatura en la columna vertebral, heridas u otras complicaciones, no será posible.
- 7.** Poner la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón de la persona mayor a tallar y, posteriormente, ir cerrándola poco a poco y con suavidad sin tapar la boca, con el objetivo de garantizar que la cabeza se mantenga en la posición adecuada sobre el tallímetro.
- 8.** Mover el tope móvil con la mano derecha hasta que se toque la parte superior de la cabeza (vértice craneal), presionando un poco el cabello; Después, deslice hacia arriba el tope móvil. Esta la medición tiene que hacerse tres veces

seguidas, acercando y separando el tope móvil. Cada procedimiento tiene un valor en milímetros, centímetros y metros.

9. Leer las tres adquiridos, calcula el promedio y anotarlo en la historia clínica en centímetros, con un redondeo de 0,1 cm.

2.4. Marco Legal

El Ministerio de Salud (MINSA) del Estado peruano ha instituido los "Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de nutrición y alimentación saludable", el objetivo es promover el mejoramiento del estado nutricional de la población AM, mediante la guía para el desarrollo de intervenciones efectivas y coordinadas en todos los niveles gubernamentales en salud. Esto permitirá que cada nivel diseñe, implemente y evalúe las intervenciones efectivas, integrando los recursos y responsabilidades de diversos sectores públicos y la sociedad civil con el fin de optimizar la situación nutricional en AM (43).

La Ley N° 30490 de la Persona AM tiene como objetivo definir un marco jurídico que asegure que los derechos de la persona adulta mayor se ejerzan, con el propósito de optimizar su calidad de vida e impulsar su completa inclusión en el progreso social, económico, político y cultural del país (44).

2.5. Definición de términos básicos

- 2.5.1. Adulto mayor:** Persona de 60 años o más, según la OMS, que atraviesa cambios biológicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento (45).

2.5.2. Estado nutricional: Condición de salud determinada por la ingesta, absorción y uso de nutrientes, evaluada mediante indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos (46).

2.5.3. Factores sociodemográficos: Características sociales y demográficas, como edad, sexo, educación, estado civil, ingresos y acceso a servicios de salud, que influyen en la calidad de vida y la salud (47).

2.5.4. Índice de Masa Corporal (IMC): Medida que relaciona el peso (en kg) con el cuadrado de la talla (en m²), usada para clasificar el estado nutricional en categorías como desnutrición, normo peso, sobrepeso u obesidad (48).

2.5.5. Desnutrición: Estado de deficiencia nutricional por ingesta insuficiente de nutrientes, que puede causar pérdida de peso, reducción muscular o carencias vitamínicas (49).

2.5.6. Sobre peso: Condición en la que el IMC está entre 25 y 29.9 kg/m², lo que indica un exceso de peso que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas (47).

2.5.7. Obesidad: Estado definido por un IMC igual o superior a 30 kg/m², caracterizado por acumulación excesiva de grasa corporal, asociada a riesgos de diabetes y enfermedades cardiovasculares (47).

2.5.8. Antropometría: Conjunto de técnicas para medir dimensiones corporales (peso, talla, circunferencias) con el fin de evaluar el estado nutricional y la salud (50).

2.5.9. Envejecimiento: Proceso natural que implica cambios progresivos en las funciones físicas, cognitivas y sociales con el avance de la edad (45).

2.5.10. Condiciones de salud: Estado general de bienestar o enfermedad, influenciado por factores como enfermedades crónicas, estilos de vida y acceso a servicios médicos (46).

2.5.11. Nivel socioeconómico: Clasificación basada en ingresos, ocupación y acceso a recursos (vivienda, educación, salud), que afecta la calidad de vida y el estado nutricional (47).

2.5.12. Acceso a servicios de salud: Capacidad de una persona para utilizar servicios médicos y preventivos, determinada por factores como ubicación geográfica y recursos económicos (49).

2.5.13. Malnutrición: Término que incluye desnutrición, sobrepeso y obesidad, reflejando un desequilibrio en la ingesta de nutrientes que impacta la salud (49).

2.5.14. Calidad de vida: Percepción del bienestar físico, mental y social, influenciada por factores como salud, nutrición y entorno social (51).

2.5.15. Hábitos alimentarios: Patrones de consumo de alimentos, determinados por influencias culturales, económicas y de acceso a recursos alimentarios (47).

2.5.16. Centro de salud: Establecimiento de atención primaria que ofrece servicios médicos básicos, prevención y promoción de la salud a una comunidad específica (49).

2.5.17. Chota: Provincia del departamento de Cajamarca, Perú, con características rurales y urbanas que influyen en el estado nutricional de sus habitantes (52).

2.5.18. Evaluación nutricional: Proceso sistemático para determinar el estado nutricional mediante la recolección y análisis de datos antropométricos, dietéticos, clínicos y bioquímicos (41).

2.5.19. Enfermedades crónicas no transmisibles (ENT): Patologías de larga duración, como diabetes e hipertensión, relacionadas con el envejecimiento y el estado nutricional (53).

2.5.20. Vulnerabilidad Social: Condición de riesgo en la que ciertos grupos, como los adultos mayores, enfrentan desventajas por pobreza, exclusión o falta de acceso a servicios (46).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis

HO: No existe relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

H1: Existe relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

3.2. Variables

Variable 1: Factores sociodemográficos del adulto mayor.

Variable 2: Estado nutricional del adulto mayor.

3.3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional de las variables				
		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Criterio de medición/ escala de medición	Técnica/ instrumento
Factores sociodemográficos	Son las circunstancias que determinan el estado de salud del individuo y/o comunidad; en la intervienen los factores socioeconómicos y sociofamiliar (35).	Factor sociodemográfico	Edad	60 a 69 años 70 a 79 años 80 años a mas	Nominal/razón	Encuesta/Cuestionario
			Sexo	Masculino Femenino		
			Estado civil	Casada (o) Divorciada (o) Soltera (o) Viuda (o)		
			Grado de instrucción	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Superior técnico Superior universitario		
			Número de hijos	Uno Dos Tres Más de tres Ninguno		
			Lugar de residencia	Zona rural Zona urbana		
			Religión	Católica No católica		

		Factor sociofamiliar	Situación familiar	vive con la familia vive con cónyuge vive solo	Buena/ aceptable situación social: de 5 a 9 puntos. Existe riesgo social: de 10 a 14 puntos. Existe problema social: ≥ 15 puntos.	Escala de valoración sociofamiliar (1993) Citar al MINSA
			Situación económica	Gana salario mínimo vital Ingreso irregular Sin pensión		
			Vivienda	Condición de la vivienda Ubicación		
			Relaciones sociales	Con la comunidad Con familia y vecinos		
			Apoyos de la red social	No necesita apoyo Requiere apoyo Situación de abandono familiar		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional de las variables medición				
		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Criterio de / escala de medición	Técnica/ instrumento
Estado nutricional en el adulto mayor	Es el resultado de la compensación entre los nutrientes ingeridos y el gasto calórico proteico del AM para satisfacer las necesidades fisiológicas ideales; cualquier cambio en esta situación se considera desnutrición, mientras que en el otro extremo está la obesidad y el sobrepeso (40).	Estado nutricional general Parámetros antropométricos Parámetros dietéticos y funcionales	Clasificación MNA (normal, riesgo, malnutrición) Índice de Masa Corporal (IMC) Peso y talla Circunferencia del brazo y pantorrilla Ingesta alimentaria Cambios recientes en peso y apetito	Preguntas del MNA sobre ingesta, pérdida de peso, movilidad, estado psicológico, etc. Medición de peso en kg Medición de talla en cm Medición de perímetros en cm.	Estado nutricional normal: De 12 a 14 pts. Riesgo de malnutrición: De 8 a 11 pts. Malnutrición: De 0 a 7 pts.	Mini Evaluación Nutricional

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica.

La Ley 1857 fundó la ciudad de Cochabamba el 2 de enero, durante la gestión del presidente Ramón Castilla. Los la llamanla ciudad del aguardiente de caña y el verano perpetuo. Este distrito es parte de la provincia de Chota, que se encuentra en el departamento de Cajamarca. Su producción de frutas, café y productos agrícolas es una de sus características. Al norte limita con Cutervo, al este con Chancay Baños Santa Cruz y al oeste con Huambos. De acuerdo con el censo de población y vivienda hecho en 2017, tiene 5,546 residentes y se encuentra a una altura de 1667 metros sobre el nivel del mar (54).

El centro de salud Cochabamba, que es de categoría 1-3, tiene la capacidad de ofrecer atención preventiva y promocional a individuos, familias y comunidades. Es posible que lo logre a través de iniciativas internas y externas, además de la implementación de estrategias para prevenir y controlar los peligros (55).

4.2. Diseño de investigación

El estudio se enmarcó en un enfoque cuantitativo, con nivel relacional, diseño no experimental y de corte transversal. Este enfoque permitió analizar datos numéricos para contrastar la hipótesis y establecer la correlación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor, sin manipulación de las variables y mediante la recolección de información en un único punto temporal y en un contexto determinado (56).

4.3. Método de investigación

El análisis utilizado fue el método hipotético-deductivo, que se basó en una hipótesis inferida de principios o leyes y a través de la deducción llega a predicciones que son verificadas positivamente. Si existe concordancia con los hechos, se determina si la hipótesis es verdadera o falsa. Incluso cuando se obtienen pronósticos empíricos que contradicen la hipótesis, las conclusiones resultantes son muy significativas, ya que evidencian la inconsistencia lógica de la hipótesis inicial y se requiere reformularla en cierto modo. (57). Desde este enfoque el estudio buscó determinar si hay correlación o no entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor.

4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación

• **Población:** estuvo constituida por 200 AM que se atendían en el Centro de Salud Cochabamba en el año 2024, según la información actualizada y homóloga proporcionada por el personal de salud de dicha institución de salud.

• **Muestra:** Para obtener la muestra de estudio, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Población = 200 AM.

p: proporción de adultos mayores = 50%

q: proporción de adultos mayores = 50%

Z: nivel de confianza al 95%, Z = 1,96

e: error máximo permitido; e = 0,05

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 200}{200 \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 131 \text{ AM.}$$

- **Muestreo:** fue probabilístico aleatorio simple, obteniéndose 131 AM, calculada mediante una formula estadística.
- **Unidad de análisis (sujeto)**

Estuvo constituido por cada uno de los adultos mayores que se atendió en el Centro de Salud Cochabamba el año 2024.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios que se tuvieron en consideración para que los AM participen en el estudio fueron:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores asegurados en SIS del Centro de Salud Cochabamba.
- Adultos mayores que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con problemas visuales y/o auditivos.
- Adultos mayores con problemas neurológicos o cognitivos.

4.6. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

La técnica de recolección de información fue la encuesta y los instrumentos fueron 3, como se detallan a continuación.

El primero se refiere a los factores demográficos, que incluye 7 preguntas, entre ellas: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, número de hijos, lugar de residencia y religión (**Anexo 02**).

El segundo es La *Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF)* de Díaz E, 1993 (**Anexo 03**) (58), la primera parte incluye las características sociodemográficas de los

AM (edad, sexo, estado civil y grado de instrucción); la segunda parte incluye las preguntas sobre las 5 dimensiones: situación familiar, situación económica, vivienda, apoyos de la red social y relaciones sociales; cada dimensión consta de 1 a 5 puntos por cada respuesta correcta, es decir la puntuación global oscila entre 5 y 20 puntos, obteniéndose la siguiente calificación: buena/ aceptable situación social: de 5 a 9 puntos, existe riesgo social: de 10 a 14 puntos y existe problema social: ≥ 15 puntos.

La **Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF)** de Díaz E, 1993 (58), Incluye un coeficiente de calificación intraclase (fiabilidad interobservador) de 0,957 y un coeficiente alfa de Cronbach de 0,4467, lo que indica una consistencia interna leve a moderada.

El tercero es el Mini Test Nutricional (MNA) de Vellas y Guigoz en 1994 (59), quien fue modificado a Mini Nutricional Assesment (MNA-SF) (Anexo 04) (60), en su versión corta en castellano fue evaluada de acuerdo a los resultados de validez para MNA-SF (IMC) y MNA-SF (CP): sensibilidad 70% y 67%, especificidad 68% y 66% e índice de Youden 0,38 y 0,33, respectivamente; logró clasificar correctamente al 68.5% y al 66.5% de las personas mayores. Consta de 6 preguntas de la (A - F): la primera pregunta se refiere a pérdida de apetito, con puntuaciones 0, 1 y 2; la segunda concerniente a pérdida de peso, con puntuación de 0, 1, 2 y 3; la tercera se refiere a la movilidad, con puntuación 0, 1 y 2; la cuarta es afección y/o alteración de la salud mental, con puntuación de 0 y 2; la quinta es sobre problemas neuropsicológicos con puntaje 0, 1, 2 y 3. Su puntuación general es: Estado nutricional normal: De 12 a 14 pts, Riesgo de malnutrición: De 8 a 11 pts y Malnutrición: De 0 a 7 pts.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

La Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF) fue sometida a prueba piloto con 16 AM del Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca para ajustarla al contexto. Los participantes señalaron que las preguntas eran adecuadas y se entendían. Se logró una confiabilidad de 0,778 a través del coeficiente Alfa de Cronbach, lo que muestra que el instrumento es tanto confiable como aplicable (**Anexo 5**).

4.7. Procesamiento y análisis de los datos

Una vez recopilada la información mediante los instrumentos, estos fueron procesados en una base de datos en el software estadístico SPSS v.25.0, quien estuvo organizada en: factores sociodemográficos y el estado nutricional del AM.

El análisis descriptivo incluyó frecuencias absolutas y relativas, las cuales fueron interpretadas y analizadas teniendo en cuenta su mayor relevancia y mayor porcentaje, y fueron presentados en tablas simples y compuestas. El análisis inferencial comprendió el uso de la prueba estadística de Chi Cuadrado que permitió establecer si hay o no relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del AM.

4.8. Criterios éticos

Los principios éticos fueron 4 (61):

- **Autonomía:** Es actuar libremente de acuerdo con un plan auto escogido; es decir existió la libertad (independencia de influencias que controlen) y la agencia (capacidad para la acción intencional). En este estudio los AM asegurados en el Centro de Salud Cochabamba tomaron la decisión de participar o no en la investigación.

- **No maleficencia:** Se refiere a la obligación de no infringir daño intencionadamente; se fundamenta en la tradición de la máxima clásica primum non nocere ("no dañar primero"). El estudio fue de nivel asociación, por lo que no se manipuló la variable independiente.
- **Beneficencia:** Consiste en prevenir el daño, es hacer el bien a otros. Hay dos tipos de beneficencia: La beneficencia positiva necesita que se ofrezcan beneficios, mientras que la utilidad requiere un equilibrio entre los beneficios y los perjuicios. El estudio es ventajoso para los AM porque, al comprender su situación problemática, se pondrán en marcha medidas y estrategias concretas para optimizar sus condiciones de vida.
- **Justicia:** Se lo define como el tratamiento justo y adecuado, de acuerdo con lo que se le debe a una persona. Cuando se le niega al AM el bien que le corresponde o no se reparten las cargas de manera justa, lo que significa que se le excluye del estudio, ocurre una injusticia.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1 Factores demográficos del adulto mayor del Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

Factores demográficos	n °	%
Edad		
60 a 69 años	56	50,5
70 a 79 años	26	23,4
80 a más años	29	26,1
Sexo		
Masculino	63	56,8
Femenino	48	43,2
Estado civil		
Casada	59	53,2
Divorciada	10	9,0
Soltera	20	18,0
Viuda	22	19,8
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	43	38,7
Primaria completa	14	12,6
Secundaria	19	17,1
Superior técnico	16	14,5
Superior universitario	19	17,1
Número de hijos		
Uno	24	21,6
Dos	22	19,8
Tres	18	16,3
Más de tres	42	37,8
Ninguno	5	4,5
Lugar de residencia		
Zona rural	42	37,8
Zona urbana	69	62,2
Religión		
Católico	71	64,0
No católico	40	36,0
Total	111	100,0

Según la Tabla 1, los principales factores demográficos de los adultos mayores (AM) atendidos en el Centro de Salud Cochabamba, Chota, en 2024 son: el 50,5% tienen entre 60 y 69 años; el 56,8% son hombres; el 53,2% están casados; el 38,7% cuentan con educación primaria incompleta; el 21,6% tienen un solo hijo; el 62,2% viven en áreas urbanas; y el 64,0% son católicos.

Estos resultados son parcialmente consistentes con los hallazgos de Edquén y Díaz (31), quienes identificaron que el grupo de 60 a 69 años representó el 36,7% y el 52,2% estaban casados. Sin embargo, su estudio reportó una mayoría de mujeres (54,4%) y un mayor nivel de analfabetismo (52,2%). En contraste, Armas y Bartra (29) indicaron que el 60% eran mujeres, el 62% tenían entre 65 y 79 años y el 66% vivían solos.

Los resultados del estudio hecho por Tapia (20) concuerdan con la mayor representación del grupo etario de 60 a 69 años, ya que este autor reportó que el 38,6% de los adultos mayores pertenecía a ese rango de edad. Este resultado muestra que la fase temprana de la vejez agrupa a un porcentaje considerable de la población adulta mayor, que se distingue por mantener, en numerosas ocasiones, una autonomía funcional y social adecuada. Por otro lado, este asociado con la transición demográfica en el Perú, caracterizada por una disminución en las tasas de natalidad y mortalidad durante las últimas tres décadas, lo que ha transformado la estructura poblacional y generado impactos sociales, económicos y políticos significativos (62).

Respecto al sexo, la predominancia de hombres (56,8%) en el estudio difiere de los datos de la Universidad Católica del Perú, que señalan que el 52,8% de los AM son mujeres, lo que indica un envejecimiento predominantemente femenino. Esta diferencia podría explicarse por el tamaño de la muestra analizada (63).

En cuanto al estado civil, el 53,2% de los AM están casados, dato que coincide con el INEI, que reporta un 58,1% de casados o convivientes, un 23,4% de viudos y un 18,5% en otras categorías. Además, el 11,4% de los AM son analfabetos o solo cuentan con educación inicial, reflejo de limitaciones históricas, sociales, económicas y culturales en el acceso a la educación (62).

La tendencia a tener un solo hijo (21,6%) se explica por factores económicos, como los altos costos de crianza (educación, salud, vivienda y alimentación), que motivan a las familias a limitar el número de hijos en contextos de restricciones financieras. Asimismo, el acceso a métodos anticonceptivos ha facilitado la planificación familiar (64).

En términos de residencia, el 62,2% de los AM viven en zonas urbanas, en línea con el Censo de 2017, que indica que el 83,1% de la población peruana reside en áreas urbanas frente a un 16,9% en áreas rurales. Este patrón refleja el crecimiento demográfico y la urbanización progresiva en las últimas décadas (64).

Finalmente, el 64,0% de los AM profesan el catolicismo, un hecho vinculado a la herencia histórica y cultural del Perú. La colonización española del siglo XVI promovió el catolicismo como herramienta de control, mientras que la Iglesia Católica consolidó su influencia a través de su rol en la educación de élites y clases populares, especialmente mediante el control de escuelas y monasterios (65).

El investigador contribuye a la comprensión de la caracterización sociodemográfica de los adultos mayores, al mostrar que el perfil más común es el de individuos en la fase temprana de la vejez, sobre todo hombres, casados y con un nivel educativo bajo. Este descubrimiento posibilita una mejor comprensión de las circunstancias culturales y sociales que influyen en el acceso a los servicios sanitarios y su utilización. Además, el que la mayoría vive en áreas urbanas y sea católica proporciona información importante para elaborar estrategias de atención integral que tomen en cuenta el medio cultural y la comunidad. Estos hallazgos pueden ser utilizados como fundamento para indagaciones futuras acerca de la salud mental, la calidad de vida y el apoyo de la familia en personas mayores.

Tabla 2. Factores sociofamiliares del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

Factores sociofamiliares	n °	%
Buena/ aceptable situación social	41	36,9
Existe riesgo social	41	36,9
Existe problema social	29	26,2
Total	111	100,0

La Tabla 2 detalla los factores sociofamiliares más relevantes de los adultos mayores (AM) atendidos en el Centro de Salud Cochabamba, Chota, en 2024: el 36,9% presenta una situación social buena o aceptable; otro 36,9% muestra riesgo social; y el 26,2% enfrenta problemas sociales. Estos resultados sugieren que, aunque una proporción considerable de AM disfruta de cierta estabilidad social, un grupo significativo se encuentra en condiciones de vulnerabilidad que podrían estar asociadas con su entorno familiar y social.

Estos hallazgos contrastan con los reportados por Edquén y Díaz (31), quienes indicaron que el 62,2% de los AM presentaban riesgo social y solo el 8,9% problemas sociales. Esto evidencia que un segmento importante de AM enfrenta condiciones de vulnerabilidad que pueden comprometer su bienestar, como pobreza, falta de acceso a educación o desempleo, lo que impacta negativamente su calidad de vida. En el presente estudio, aproximadamente un tercio de los AM se encuentra en riesgo social, lo que refuerza la necesidad de atención a estas problemáticas.

El análisis de los factores sociofamiliares permite identificar las fortalezas y necesidades de las familias de los AM. La valoración sociofamiliar es esencial para detectar situaciones de riesgo o problemas sociales que afecten su bienestar (38). Los resultados indican que un grupo de AM enfrenta condiciones de vulnerabilidad que comprometen su entorno familiar, social, económico y ambiental, lo que influye directamente en su estado de salud. Por ello, es crucial implementar planes de soporte social adaptados a este contexto (38, 39).

El riesgo sociofamiliar representa un punto crítico de vulnerabilidad para los AM, especialmente debido a factores como dependencia física o psicológica, ingresos limitados al salario mínimo vital, viviendas en condiciones higiénicas precarias (por ejemplo, sin baño), relaciones sociales restringidas al ámbito familiar y necesidad de apoyo de redes de voluntariado. Para garantizar la salud y protección de los AM, es fundamental que sus viviendas cumplan con estándares adecuados de higiene, que mantengan una comunicación efectiva con su familia y la comunidad, y que accedan a programas sociales gubernamentales. Esto es particularmente relevante, ya que muchos AM no están en condiciones de trabajar y carecen de una pensión (31).

Aunque un 36,9% tiene una condición social que se considera aceptable o buena, es importante señalar que la misma proporción (36,9%) está en riesgo social y que más de una cuarta parte (26,2%) enfrenta problemas sociales. Esto demuestra que una porción significativa de los adultos mayores podría estar enfrentando problemas económicos, limitaciones en su red de apoyo familiar o sensaciones de soledad y desamparo. Desde un punto de vista personal, estos resultados resaltan la importancia de reforzar los vínculos familiares y comunitarios, además de poner en marcha programas sociales que fomenten el respeto, la inclusión y el compromiso activo de las personas mayores.

Tabla 3 Estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

Estado nutricional	n °	%
Malnutrición	22	19,8
Riesgo de malnutrición	53	47,7
Estado nutricional normal	36	32,5
Total	111	100,0

Malnutrición: De 0 a 7 pts.

Riesgo de malnutrición: De 8 a 11 pts.

E.N. normal: De 12 a 14 pts.

La Tabla 3 muestra la distribución del estado nutricional en adultos mayores (AM), donde se observa que el 47,7% presenta riesgo de desnutrición, el 32,5% mantiene un estado nutricional normal y el 19,8% sufre de malnutrición. Estos datos indican que casi la mitad de los AM se encuentra en una condición vulnerable que, sin intervenciones preventivas, podría derivar en desnutrición. Estos resultados son consistentes con estudios previos, como el de Espinosa et al. (22), que reportaron un 20,4% de malnutrición y un 47,2% de riesgo de desnutrición; el de Iglesias et al. (23), que encontró un 31% de AM con riesgo de desnutrición; y el de Cárdenas et al. (26), que identificó un 51% de riesgo de desnutrición y un 2% de desnutrición.

El riesgo de desnutrición en los AM reviste especial importancia, ya que puede pasar desapercibido y derivar en múltiples complicaciones de salud, como fatiga, deterioro del sistema inmunitario, retraso en la cicatrización de heridas y debilidad muscular. Estas

condiciones pueden aumentar el riesgo de caídas, fracturas, exacerbación de enfermedades previas y un peor pronóstico general (3).

Por otro lado, más de una cuarta parte de los AM presenta malnutrición, resultado de la interacción de diversos factores. La malnutrición contribuye al deterioro del sistema inmunitario, al agravamiento de infecciones y a complicaciones de otras enfermedades, lo que puede llevar a una disminución de la capacidad funcional, hospitalizaciones frecuentes, mayor uso de recursos sanitarios y un incremento en la mortalidad (13).

El riesgo de desnutrición está estrechamente ligado a la transición demográfica, que implica cambios en el funcionamiento orgánico y, por ende, en las necesidades nutricionales de los AM. Esto los convierte en un grupo biológicamente vulnerable, con mayor probabilidad de sufrir deficiencias nutricionales. Por esta razón, es crucial realizar una valoración nutricional integral en los AM para determinar su estado nutricional, identificar sus requerimientos específicos y detectar posibles riesgos para su salud relacionados con su nutrición (8).

Según mi opinión personal, pienso que estos datos deben ser considerados como una advertencia para la comunidad y el sistema de salud, ya que la condición nutricional es un indicador fundamental del bienestar completo de las personas mayores. La alta proporción de individuos en riesgo indica posibles carencias alimentarias, acceso restringido a alimentos saludables o falta de asesoramiento nutricional apropiado.

Además, el dato de que solamente un tercio conserve una nutrición adecuada y que cerca del 20% ya esté malnutrido demuestra la necesidad urgente de poner en marcha programas de educación sobre alimentación, monitoreo nutricional y fomento de

costumbres saludables, particularmente enfocados en este grupo de edad. Así, se podrá evitar que la enfermedad progrese a estados más severos y fomentar un envejecimiento activo y saludable.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para demostrar la hipótesis de la investigación se realizó el análisis inferencial mediante la prueba de hipótesis estadística Chi-Cuadrado, tomando en cuenta los siguientes pasos:

Prueba de hipótesis

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Prueba estadística: Chi-cuadrado

Criterios de decisión

Si p-valor es menor que nivel de significancia α ($p < 0,05$): Se rechaza la hipótesis nula H_0 , y se acepta la hipótesis alterna H_1 .

Decisión estadística

Como: $p \leq 0,05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa:

Al determinar la relación entre los factores sociodemográficos se relaciona con el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

Conclusión:

De los resultados de la prueba de hipótesis se concluye que se cumple la hipótesis de investigación: Al determinar la relación entre los factores sociodemográficos se relaciona con el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

Tabla 4. Relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

FACTORES SOCIIODEMOGRAFICOS	ESTADO NUTRICIONAL						Pv	
	Riesgo nutricional		Malnutrición		Normal			
	nº	%	nº	%	nº	%		
Grado de instrucción	17	15,3	18	16,2	8	7,2	0,000	
Número de hijos	12	10,8	19	17,1	11	9,9	0,039	
Zona de residencia	8	7,2	36	32,4	25	22,5	0,031	

La Tabla 4 muestra que los grupos con mayor riesgo de malnutrición fueron los adultos mayores de entre 60 y 69 años (27,0%), los varones (25,2%), las personas casadas (28,8%), aquellos con primaria incompleta (16,2%), quienes tienen un hijo (10,8%), los residentes de zonas urbanas (32,4%), los católicos (32,4%) y aquellos que enfrentan riesgo social (20,7%) (Anexo 4). Al relacionar las variables se encontró relación del estado nutricional con algunas características sociodemográficas (grado de instrucción, número de hijos y zona de residencia). Mientras que, el estado nutricional no se relacionó con las otras características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, religión y factor sociofamiliar) del adulto mayor, puesto que el p-valor del Chi Cuadrado fue $> 0,05$.

Resultado diferente al de Cárdenas et al. (26), quienes reportaron que los factores de riesgo asociados a la desnutrición o riesgo nutricional fueron la edad, patologías previas, dependencia funcional y el estar en riesgo social. Al respecto, Armas y Bartra (29), encontraron que las características sociodemográfico y socio familiar son factores determinantes en el estado nutricional del AM. Asimismo, Edquen y Diaz (31), reportaron que no existió relación significativa entre la situación sociofamiliar y el estado nutricional de los AM (p-valor 0,918).

De igual manera, Van der Pols et al. (4), como también Damião et al. (5), evidencian que la malnutrición está asociado a factores sociodemográficos (sexo femenino, edad avanzada, bajo grado de instrucción, aislamiento social, bajo ingreso familiar); además del pobre apetito, pérdida de piezas dentales, síntomas de depresión, deterioro cognitivo, multimorbilidad, polifarmacia y hospitalización reciente.

Según González et al. (15), la edad, depresión, jubilación, no tener el suficiente dinero para vivir, tener menor índice de masa corporal, presencia de síntomas depresivos, comer una o dos veces al día y el tener dificultades para acostarse solo, repercuten en el estado nutricional del AM. Por su parte, la Secretaría Distrital de Salud Colombiana (16), destacó la importancia de mantener el estado de bienestar, sobre todo con el fin de evitar las enfermedades degenerativas y tener un estado de salud que permita un adecuado envejecimiento.

El modelo utilizado en el estudio fue el MPS de Nola Pender, basado en tres componentes, el primer se refiere a las características y experiencias individuales, es decir hace referencia a la conducta previa relacionada; el segundo abarca las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, que están enmarcadas en los factores personales que no pueden ser modificados como los conocimientos y afectos de la conducta; y el tercero es el resultado conductual, que incluye un plan de acción, en el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada que lleva a la implantación de un comportamiento de salud y que constituye el precedente para el resultado deseado (34). Es por eso que el MPS se relaciona con el estudio puesto que las características y experiencias individuales del AM, las cogniciones y afectos relativos y el resultado conductual, conllevan al desarrollo de una conducta Promotora de la Salud, en la que

influyen los factores sociodemográficos. Por ello, es necesario que el AM tenga una conducta saludable (alimentación sana y balanceada, actividad física regular, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras), para evitar la malnutrición ya sea por exceso o déficit.

De igual forma la teoría del determinismo social de la salud propuesta por la OMS, los factores sociodemográficos desempeñan un papel fundamental en el estado nutricional del adulto mayor, ya que las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen determinan su nivel de bienestar y su riesgo de desnutrición. Aspectos como el nivel educativo, los ingresos económicos, las condiciones de vivienda, el acceso a alimentos saludables y la red de apoyo social influyen directamente en la calidad de la alimentación y en la capacidad del adulto mayor para mantener un adecuado estado nutricional. Estas desigualdades estructurales y sociales, sumadas a factores clínicos como la presencia de enfermedades crónicas o la polifarmacia, incrementan la vulnerabilidad nutricional de esta población.

Por otro lado, con el envejecimiento existen factores que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del AM, tales como los factores físicos (problemas de masticación, salivación, deglución e hipofunción digestiva), factores fisiológicos (alteración del metabolismo basal y declinación de los requerimientos energéticos), factores alimenticios (restringida en frutas y verduras frescas), factores psicosociales (pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios y anorexias), todo estos factores conllevan al incremento de problemas nutricionales (16).

El resultado resalta la relevancia de tratar la desnutrición con un enfoque multidimensional, que no se limita a la alimentación, sino que incluye también el contexto familiar, el respaldo de la comunidad y las políticas públicas dirigidas al bienestar del adulto mayor. Por otro lado, subrayan la importancia de implementar intervenciones integrales y personalizadas que fomenten la educación sobre nutrición, el apoyo social y el seguimiento constante en salud, con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad nutricional de esta población y elevar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

- Los factores sociodemográficos más predominantes entre los adultos mayores fueron el grupo etario de 60 a 69 años, de sexo masculino, casados, con estudios de primaria incompletos, con al menos un hijo, residentes en zonas urbanas y practicantes de la religión católica.
- Un tercio de los adultos mayores presentó situación sociofamiliar buena o aceptable, mientras que otro tercio se encontraba en una situación de riesgo social. Además, más de una cuarta parte experimentó problemas sociales.
- Casi la mitad de los adultos mayores tiene riesgo de desnutrición, mientras que más de una cuarta parte presentan malnutrición.
- Los adultos mayores que tuvieron mayor riesgo de malnutrición fueron los que tuvieron entre 60 a 69 años, varones, casados, con primaria incompleta, con solo un hijo, residentes de zonas urbanas, católicos y aquellos que enfrentan riesgo social.
- Existe relación altamente significativa entre el estado nutricional y el grado de instrucción $p: 0,000$, y una relación significativa entre el estado nutricional y número de hijos $p: 0,039$ y con zona de residencia $p: 0,031$, lo cual nos permite aceptar la variable alternativa.

RECOMENDACIONES

- Al Jefe del Centro de Salud Cochabamba**

Diseñar estrategias de intervención preventivas y terapéuticas dirigidas a los adultos y así lograr que estas personas lleguen a la etapa de adulto mayor con buen estado nutricional o para mejorar sus condiciones de vida.

Continuar sensibilizando a la población adulta mayor mediante campañas saludables, en donde se eduque a las personas no solo sobre temas nutricionales sino también en riesgo social y cómo poder prevenirlo.

- A los responsables de la Escuela de Postgrado Sección Salud de la Universidad**

Nacional de Cajamarca.

Promover estudios sobre situación sociofamiliar y estado nutricional en el adulto mayor, puesto que son condicionantes que repercuten en su calidad de vida.

Realizar un trabajo articulado entre el Centro de Salud y la Universidad Nacional de Cajamarca para promover la participación activa de los adultos mayores en diversa actividades sociales, recreativas y deportivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2024. [citado el 30 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
2. Organización Mundial de la Salud. personas sufren hambre en América Latina y el Caribe y la región registra niveles de sobrepeso y obesidad mayores a la estimación mundial. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2023. [citado el 30 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2023-nuevo-informe-onu-432-millones-personas-sufren-hambre-america-latina-caribe>.
3. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Changes during aging and their association with malnutrition. J Clin Gerontol Geriatr. [Internet]. 2015 [citado el 30 de diciembre del 2024]; 6(3): 78-84. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282519610Changesduringagingandtheirassociationwith_malnutrition
4. Van der Pols R, Wijnhoven HA, Schaap LA, Terwee CB, Vissera M. Determinants of protein-energy malnutrition in community-dwelling older adults: a systematic review of observational studies. Ageing Res Rev. [Internet] 2014 [citado el 30 de diciembre del 2024]; 18:112-131. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25257179/>
5. Damião R, Santos ÁDS, Matijasevich A, Menezes PR. Factors associated with risk of malnutrition in the elderly in south-eastern Brazil. Rev Bras Epidemiol. [Internet] 2017 [citado el 30 de diciembre del 2024]; 20 (4): 598-610. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29267746/>
6. Bernui I, Delgado D. Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. An. Fac. med. [Internet]. 2021 [citado 31 diciembre 2024]; 82(4): 261-268. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-558320210_00400261
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2022. [citado el 20 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
8. Centro de investigación y análisis prospectivo. Importancia de la alimentación y nutrición en el adulto mayor. [Internet]. 2019. [citado el 23 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.ciapinvestigaciones.com/single-post/2019/11/23/importancia-de-la-alimentaci%C3%B3n-y-nutrici%C3%B3n-en-el-adulto-mayor>
9. Kimberly SS. Estado nutricional de los adultos mayores de la Asociación de Vivienda Los Luchadores Huaycán, Ate, 2022. [Tesis de título]. [Internet]. Lima - Perú. Universidad Ricardo Palma, 2022. [consultado el 06 de febrero del 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6521/T030_72665796_T%20KIMBERLY%20ABIGAIL%20SINCHE%20SANTANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición: datos y cifras. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2021. [citado el 23 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
11. Antoñanzas A, Gimeno LD. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. Rev Clin Med Fam. [Internet]. 2022. [citado 06 de febrero del 2024]; 15 (1): 12-19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100004
12. Naciones Unidas. Informe ONU: 131 millones de personas en América Latina y el Caribe no pueden acceder a una dieta saludable. [Internet]. México, 2023. [citado el 23 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://mexico.un.org/es/215701-informe-onu-131-millones-de-personas-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-no-pueden-acceder-una#:~:text=Entre%202019%20y%202021%2C%20el,la%20poblaci%C3%B3n%20a%20nivel%20mundial>.
13. Tafur J, Guerra M, Ghisays M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. Rev. Latinoamericana de Hipertensión. [Internet]. 2018. [citado el 26 de mayo del 2023]; 13 (5): 1-7. Disponible en: https://www.revhipertension.com/rjh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf
14. Chela RA. Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor en la comunidad Guapungoto, Cantón Guaranda, 2022. [Tesis de título]. [Internet]. La Libertad - Ecuador. Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2019. [consultado el 29 de julio del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/8015/UPSE-TEN-2022-0055.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. González LR, González R, Ramírez M, Alemán H. Riesgo de desnutrición y factores asociados en una muestra de adultos mayores en la comunidad e institucionalizados de Yucatán, México. ALAN. [Internet]. 2020. [citado el 23 de marzo del 2023]; 70 (1). Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2020/1/art-4/>
16. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Malnutrición en población mayor de 65 años. [Internet]. Colombia, 2022. [citado el 23 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/seguridad-alimentaria-y-nutricional/malnutricionmayor65anos/>
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de salud de la población adulta mayor. [Internet]. Lima – Perú; INEI - 2022. [citado el 23 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3313690/Situaci%C3%B3n%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adulta%20Mayor%3A%20Enero%20-%20Febrero%20-%20Marzo%202022.pdf?v=1656451805>

18. Cardenas A, Machaca M, Roldan LR, Muñoz del Cario A, Figueroa V. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos de la ciudad de Arequipa, Perú. Rev. Nutr Clín Diet Hosp. [Internet] 2022. [citado el 23 de marzo del 2023]; 42(1):160-168. Disponible en: <https://doi.org/10.12873/421cardenas>
19. Giraldo-Giraldo, Nubia Amparo, Estrada-Restrepo, Alejandro, Deossa-Restrepo, Gloria Cecilia. Malnutrición asociada con factores sociodemográficos en adultos mayores de Medellín (Colombia). Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2023 [citado 16 de octubre del 2025]; 21(2): 1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732023000200005&script=sci_arttext
20. Tapia DA. Influencia que ejerce las características sociodemográficas en el estado nutricional de adulto mayor. [Internet]. 2022. [citado 16 de octubre del 2025]. Disponible en: <https://dspace.espoch.edu.ec:8080/server/api/core/bitstreams/002692e5-d007-49ae-9a59-e066ab1dfa9d/content>
21. Campos J. Factores sociodemográficos y su relación con el estado nutricional de adultos mayores de consulta externa del hospital «dr. juan José fernández», zacamil. Crea Ciencia. [Internet]. 2021. [citado 16 de octubre del 2025]; 13(2): 70–835. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/11823>
22. Espinosa E, Ulloa VA, Encalada L. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2019. [citado 22 de marzo del 2023]; 46(6):675-682. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182019000600675&script=sci_arttext
23. Iglesias L, Bermejo JC, Vivas A, León R, Villacieros R. Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. Rev. Gerokomos. [Internet]. 2020. [citado 25 de mayo del 2023]; 31(2):76-80. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-76.pdf>
24. Álava GK. Factores Asociados al riesgo nutricional en el centro de cuidados del adulto mayor Villa Alegre. [Tesis de título]. [Internet]. Manabí- Ecuador. Universidad Estatal del Sur Manabí, 2019. [consultado el 25 de mayo del 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/1642/1/UNESUM-ECUADOR-ENFERMERIA-2019-38.pdf>
25. Gomez YY. (2024) estudió “Factores sociofamiliares asociados al estado nutricional antropométrico en adultos mayores de Puente Piedra, Lima, 2024. [Internet]. 2024. [citado 16 de octubre del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/43257/Merino%20Obregon%20Oscar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Cárdenas A, Machacha M, Roldan L, Muñoz del Carpio A, Figueroa V. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos de la ciudad de Arequipa, Perú. Rev. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. [Internet]. 2022. [citado 25 de mayo del 2023]; 42(1):160-168. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/242/207>
27. Collantes MB. Aplicación del Test MNA en adultos mayores del hospital especializado “San Juan de Dios” y evaluación de factores que influyen en el estado nutricional. [Internet]. 2022. [citado 17 de octubre del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f1418136-f1c9-4ae2-8dfc-2c41815f545f/content>
28. Bernui I, Delgado D. Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. An. Fac. med. [Internet]. 2021 [citado 16 de octubre del 2025]; 82(4): 261-268. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832021000400261&script=sci_arttext&tlang=pt
29. Armas O y Bartra AM. Factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor que asiste al programa del adulto mayor del establecimiento de salud Micaela Bastidas en el año 2019. [Tesis de título]. [Internet]. Pucallpa - Perú. Universidad Nacional de Ucayali, 2019. [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4019/000003638T-ENFERMERIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Lozano S, Meléndez F, Poma J, Díaz C. Estado nutricional del paciente adulto mayor hospitalizado usuario de sonda nasogástrica en un Hospital del Seguro Social, Perú. Rev. cuerpo méd. HNAAA. [Internet]. 2018. [citado 25 de mayo del 2023]; 11(3):1-7. Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/403/200>
31. Edquen KY, Diaz AY. (Chota, 2023). Investigaron “Situación sociofamiliar y estado nutricional en el adulto mayor del centro de salud Huambos, Chota – 2023 [Tesis de título]. [Internet]. Chota - Perú. Universidad Nacional Autónoma de Chota, 2023. [consultado el 07 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/items/e551e91f-6b41-4b27-99e9-9caffdf444bd>
32. Salgado, FC. Cuidado del adulto mayor autovalente desde el modelo de Nola J. Pender – Chiclayo Perú. [tesis de Magister]. [Internet]. Chiclayo – Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2015. [consultado el 17 de marzo del 2023]. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/597/1/TM_Salgado_Montenegro_FlorCecilia.pdf
33. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2025. [citado el 17 de octubre del 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health?utm_source=chatgpt.com

34. Dent E, Wright ORL, Woo J, Hoogendijk EO. Desnutrición en adultos mayores. [Internet]. Argentina, 2023. [citado el 24 de marzo del 2023]; 401 (10380): 951-966. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2822%2902612-5/abstract?utm_source=chatgpt.com
35. Sociedad Argentina de Cardiología. Factores determinantes de la salud. [Internet]. Argentina, 2020. [citado el 24 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana. [Internet]. Lima – Perú; INEI - 2020. [citado el 26 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf
37. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Alimentación, nutrición y salud. Perú. La Prioridad del Abordaje Integral de la Inseguridad Alimentaria, Hambre y Malnutrición en el Contexto de Crisis Agroalimentaria [Internet]. 2022. [citado el 06 febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-07/mclcp-alerta-sobre-inseguridad-alimentaria-y-malnutricion-vfinal126102022.pdf>
38. Proceso asistencial integrado. Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. [Internet]. 2015. [citado el 26 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/6550/comentarios/>
39. Mouat G. Los factores afectivos en las programaciones de cursos. [Tesis de título]. [Internet]. Santiago - Chile. Universidad del Desarrollo, 2022. [consultado el 06 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/a880e163-2517-4edc-bf6b-8d7237f3ad41/content>
40. Minsalud de Colombia. Valoración nutricional en la persona adulta mayor Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. Colombia, 2021. [consultado 26 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/valoracion-nutricional-persona-adulta-mayor.pdf>
41. Aquino C, Mejía C, Rodríguez F. Factores crónicos socio-patológicos por edad y género en trabajadores rurales de once poblados del Perú: Estudio multicéntrico, 2016. Rev Asoc Esp Espec Med Trab. [Internet]. 2020. [consultado 26 de marzo del 2023]; 29(2): 79-88. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000200012
42. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Valoración nutricional antropométrica de la persona mayor. [Internet]. Lima - Perú, 2013. [consultado 26 de mayo del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2858.pdf>

43. Ministerio de Salud. Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. [Internet]. Lima - Perú, 2013. [consultado 26 de mayo del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1821.pdf>
44. Ley de la Persona Adulta Mayor: Ley 30490. [Internet]. Lima - Perú, 2016. [consultado 07 de octubre del 2025]. Disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1158564>.
45. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 2025 Ago 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
46. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 2025 Ago 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
47. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington, DC: OPS; 2023 [citado 2025 Ago 28]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
48. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 2025 Ago 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
49. Gibson RS. Principios de evaluación nutricional. 2.^a ed. Nueva York: Oxford University Press; 2005.
50. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 Ago 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
51. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL: Medición de la calidad de vida [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Ago 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/tools/whoqol>.
52. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil sociodemográfico [Internet]. Lima: INEI; 2018 [citado 2025 Ago 28]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1538/libro.pdf.
53. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Ago 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
54. Gob.pe. Municipalidad Distrital de Cochabamba Cajamarca. [Internet]. Cajamarca – Perú, 2021. [consultado 31 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/municochabamba-chota/institucional>

55. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud: Establecimientos de salud. [Internet]. Lima – Perú, 2011. [consultado 02 de junio del 2023]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf?v=1547161089
56. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
57. Rodríguez A, Pérez AO. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento Revista Escuela de Administración de Negocios. [Internet]. 2017. [consultado 02 de junio del 2023]; 1 (82): 1-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>
58. Giménez VM, Guinovart C, Rovira E, Viñas N. La Escala de Valoración Sociofamiliar. [Internet]. España, 2020. [consultado 02 junio de 2023]. Disponible en: https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Escala_valoracion_sociofamiliar.pdf
59. Guigoz, Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Evaluación Nutricional: Una herramienta práctica de evaluación para calificar el estado nutricional de pacientes ancianos. En: Vellas, B., Ed., The Mini Nutritional Assessment (MNA), suplemento n.º2, Serdi Publisher. [Internet]. 1994. [consultado 27 septiembre 2024]; 15-59. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(oyulxb452alnt1aej1nfow45\)\)/reference/ReferencesPages.aspx?ReferenceID=1162062](https://www.scirp.org/(S(oyulxb452alnt1aej1nfow45))/reference/ReferencesPages.aspx?ReferenceID=1162062)
60. Molina R, Muñoz B, Martínez de la Iglesia J, Romero M, Molina G. ¿Es válido el cribado nutricional de los ancianos a través del Mini Nutritional Assesment (MNA-SF) septiembre 2024]; 36(2): 290-295. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000200290#t2
61. Siurana JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. [Internet]. 2010. [consultado 02 junio de 2023]; 1(22): 121-157. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
62. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2024 [consultado 22 diciembre 2024]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_iit24.pdf
63. Universidad Católica del Perú. Promoviendo educación a lo largo de la vida en el marco del día nacional de las personas adultas mayores – 26 de agosto. [Internet]. Lima, Perú: UNEX; 2024 [consultado 22 diciembre 2024]. Disponible en: https://api-agenda.pucp.edu.pe/uploads/NOTA_TECNICA_Ser_Persona_Adulta_Mayor_hoy_en_Peru_UNEX_PUCP_1_62040af2aa.pdf
64. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población peruana. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2024 [consultado 31 diciembre 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6616587/5751291-situacion->

de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-
etnica.pdf?v=1720728622

65. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI difunde Base de Datos de los Censos Nacionales 2017 y el Perfil Sociodemográfico del Perú. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2024 [consultado 31 diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.censos2017.pe/inei-difunde-base-de-datos-de-los-censos-nacionales-2017-y-el-perfil-sociodemografico-del-peru/>

ANEXOS:

ANEXO 1: Formato de Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Factores sociodemográficos y estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024”

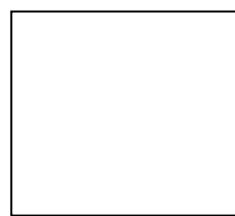
Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

Yo....., identificado (a) con DNI N° , mediante la información dada por Lic. Enf. Nimer Norbel Zavaleta Hernández; acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Cochabamba 14 de noviembre del 2024.

Firma



Huella

Solicitudes de permiso de ejecución de tesis.



Universidad Nacional de Cajamarca

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-
SUNEDU/CD



Escuela de Posgrado

CAJAMARCA - PERU

SOLICITO: Autorización para recoger
información, con fines de académicos

SEÑOR

**TEC ENF. SEGUNDO MEJÍA FERNÁNDEZ
GERENTE DE LA MICRORED -COCHABAMBA-CHOTA**

PRESENTE

NIMER NORBEL ZAVAleta HERNÁNDEZ, maestrando del Programa en Ciencias con Mención en Salud Pública de la Universidad Nacional de Cajamarca, con el debido respeto que se merece, me presento ante usted y expongo lo siguiente:

Que, por motivo de estar realizando un proyecto titulado “**Factores sociodemográficos y estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba, Chota 2024**”, solicito a su persona la respectiva autorización para aplicar el instrumento en la institución donde usted representa. Por lo tanto, los datos obtenidos serán anónimos y estrictamente utilizados con fines de investigación.

Es gracia que espero alcanzar, por ser de justicia.

Cajamarca ,08 de noviembre de 2024

Atentamente

.....
NIMER NORBEL ZAVAleta HERNANDEZ
DNI 43886514



Universidad Nacional de Cajamarca

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-
SUNEDU/CD



Escuela de Posgrado

CAJAMARCA - PERU

SOLICITO: Autorización para recoger
información, con fines de académicos

SEÑOR

**TEC ENF. SEGUNDO MEJÍA FERNÁNDEZ
GERENTE DE LA MICRORED -COCHABAMBA-CHOTA**

PRESENTE

NIMER NORBEL ZAVAleta HERNÁNDEZ, maestrando del Programa en Ciencias con Mención en Salud Pública de la Universidad Nacional de Cajamarca, con el debido respeto que se merece, me presento ante usted y expongo lo siguiente:

Que, por motivo de estar realizando un proyecto titulado “**Factores sociodemográficos y estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba, Chota 2024**”, solicito a su persona la respectiva autorización para aplicar el instrumento en la institución donde usted representa. Por lo tanto, los datos obtenidos serán anónimos y estrictamente utilizados con fines de investigación.

Es gracia que espero alcanzar, por ser de justicia.

Cajamarca ,08 de noviembre de 2024

Atentamente

NIMER NORBEL ZAVAleta HERNANDEZ
DNI 43886514

GOBiERNO REGIONAL CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD CHOTA
.....
Tec. En Segundo Mejia Fernandez
GERENTE MICRORED COCHABAMBA
Dato: 08-11-24
H: 9:40 am

MAYOR INFORMACION / nzavaletah_epg23@unc.edu.pe / 913865599

1



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CHOTA
GERENCIA MICORED COCHABAMBA



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia
Y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

***EL GERENTE DE LA MICORED DE SALUD
COCHABAMBA DEJA
CONSTANCIA***

Que el Lic. En Enfermería **NIMER NORBEL ZAVALETA HERNÁNDEZ**, identificado con **DNI N° 43886514**, realizó las encuestas de investigación para el proyecto de tesis para titulación “**Factores sociodemográficos y estado nutricional del adulto mayor en el centro de Salud Cochabamba 2024**”, comenzando desde el **14 de Noviembre al 28 de Noviembre del 2024** en el Centro de Salud Cochabamba nivel I-3, perteneciente a la RIS CHOTA.

**DEMOSTRANDO EFICIENCIA, ÉTICA, HONRADEZ
PUNTUALIDAD Y RESPONSABILIDAD EN LAS LABORES
QUE SE LE ENCOMENDÓ.**

***SE EXPIDE DICHA CONSTANCIA A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA FINES
CORRESPONDIENTES.***

COCHABAMBA, 28 DE NOVIEMBRE DEL 2024.



**Micored Cochabamba “PERSONAS QUE ATENDEMOS PERSONAS”
Trabajando por el bienestar de la Salud Cochabambina**

ANEXO 2: Formato de Instrumentos de recolección de datos

FACTORES DEMOGRÁFICOS

I. INSTRUCCIONES: La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le suplica que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Edad:

- a) 60 a 69 años
- b) 70 a 79 años
- c) 80 a más años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Estado civil:

- a) Casada (o)
- b) Divorciada (o)
- c) Soltera (o)
- d) Viuda (o)

4. Grado de instrucción

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria
- d) Superior técnico
- e) Superior universitario

5. Número de hijos

- a) Uno
- b) Dos
- c) Tres
- d) Más de tres
- e) Ninguno

6. Lugar de residencia

- a) Zona rural
- b) Zona urbana

7. Religión

- a) Católica
- b) No católica

ANEXO 3: Formato de Instrumentos de recolección de datos

Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF)

(Autor: Gijón, adaptado por Díaz E, 1993)

III. INSTRUCCIONES: La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le suplica que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias

IV. Preguntas

Valoración Sociofamiliar	
Pts	1. Situación familiar
1	Vive con familia, sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica
3	Vive con cónyuge de similar edad
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior de país o extranjero)
Pts	2. Situación económica
1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Un salario mínimo vital
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts	3. Vivienda
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)
4	Vivienda semi construido o de material rustico
5	sentamiento humano (invasión) o sin vivienda
Pts	4. Relaciones sociales

1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Relación social solo con familia y vecinos
3	Relación social solo con la familia
4	No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia
5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Pts	5. Apoyo de la red social
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social
4	No cuenta con seguro social
5	Situación de abandono familiar

ANEXO 4: Formato de Instrumentos de recolección de datos

(Mini Nutritional Assesment (MNA-SF)

A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual
B. Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso
C. Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no
E. Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos
F. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23

ANEXO 5: Tabla 4. Relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional del adulto mayor en el Centro de Salud Cochabamba Chota, 2024.

Características sociodemográficas	Estado nutricional del adulto mayor						Total	
	Malnutrición		Riesgo de malnutrición		Normal			
	n °	%	n °	%	n °	%	n °	%
Edad								
60 a 69 años	0	0,0	30	27,0	26	23,4	56	50,5
70 a 79 años	4	3,6	13	11,7	9	8,1	26	23,4
80 a más años	18	16,2	10	9,0	1	0,9	29	26,1
Sexo								
Masculino	12	10,8	28	25,2	23	20,7	63	56,8
Femenino	10	9,0	25	22,5	13	11,7	48	43,2
Estado civil								
Casado/a	2	1,8	32	28,8	25	22,5	59	53,2
Divorciado/a	2	1,8	5	4,5	3	2,7	10	9,0
Soltero/a	3	2,7	10	9,0	7	6,3	20	18,0
Viudo/a	15	13,5	6	5,4	1	0,9	22	19,8
Grado de instrucción								
Primaria incompleta	17	15,3	18	16,2	8	7,2	43	38,7
Primaria completa	4	3,6	5	4,5	5	4,5	14	12,6
Secundaria	1	0,9	10	9,0	8	7,2	19	17,1
Superior técnico	0	0,0	11	9,9	5	4,5	16	14,5
Superior universitario	0	0,0	9	8,1	10	9,0	19	17,1
Número de hijos								
Uno	3	2,7	12	10,8	9	8,1	24	21,6
Dos	4	3,6	9	8,1	9	8,1	22	19,8
Tres	2	1,8	9	8,1	7	6,3	18	16,3
Más de tres	12	10,8	19	17,1	11	9,9	42	37,8
Ninguno	1	0,9	4	3,6	0	0,0	5	4,5
Zona de residencia								
Zona rural	14	12,6	17	15,3	11	9,9	42	37,8
Zona urbana	8	7,2	36	32,4	25	22,5	69	62,2
Religión								
Católica	16	14,4	36	32,4	19	17,1	71	64,0
No católica	6	5,4	17	15,3	17	15,3	40	36,0
Situación sociofamiliar								
Buena/ aceptable situación social	0	0,0	23	20,7	18	16,2	41	36,9
Existe riesgo social	4	3,6	23	20,7	14	12,6	41	36,9
Existe problema social	18	16,2	7	6,3	4	3,6	29	26,2
Total	22	19,8	53	47,7	36	32,4	111	100,0

PRUEBA DE HIPOTESIS

Estado nutricional del adulto mayor		
Características sociodemográficas	Coeficiente de correlación	p-valor
Edad	-0,509	3,060
Sexo	-0,078	0,385
Estado civil	-0,415	1,650
Grado de instrucción	0,335	0,000
Número de hijos	-0,158	0,039
Zona de residencia	0,197	0,031
Religión	0,152	0,090
Factor sociofamiliar	-0,418	2,287

ANEXO 6: Confiabilidad de los instrumentos

Escala de valoración sociofamiliar (EVSF) (Alfa de Cronbach)

Resumen de procesamiento de casos

Casos		N	%
		Válido	
	Excluido	0	,0
	Total	16	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,778	15

ID	ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR (EVSF)														
	EA 1	EA 2	EA 3	EA 4	EA 5	EA 6	EA 7	EA 8	EA 9	EA1 0	EA1 1	EA1 2	EA1 3	EA1 4	EA1 5
1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0
2	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
3	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1
4	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
5	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
6	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
7	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1
8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
10	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
11	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
12	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
14	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0
15	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
16	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0

ANEXO N° 7: Evidencias fotográficas



