

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS**

FACTORES QUE INCIDEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Estudio descriptivo transversal en un grupo de sujetos Adultos Mayores, con diferente nivel asistencial y estilo de vida en la ciudad de Guatemala. Abril 2002.

JUAN CARLOS GONZALEZ MORALES

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 2002

ÍNDICE

CAPITULO	TITULO	PAGINA
I	INTRODUCCIÓN	1
II	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACIÓN	4
IV	OBJETIVOS	5
V	REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	6
VI	MATERIAL Y METODOS	16
VII	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	24
VIII	ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
IX	CONCLUSIONES	59
X	RECOMENDACIONES	60
XI	RESUMEN	61
XII	REFERENCIAS BIBIBLIOGRAFICAS	62
XIII	ANEXOS	64

I. INTRODUCCIÓN

El proceso normal de envejecimiento trae consigo un sin número de cambios físicos, estructurales, sociales que transforman al ser humano de un ente productivo a un ser que carece de fuerza productiva. En todo adulto mayor el estado nutricional adecuado constituye un importante factor porque vierte mayor bienestar y energía al adulto mayor. Por lo que hay una relación recíproca entre el estado de nutrición, la presencia de morbilidad, hábitos alimenticios, situación socioeconómica y estilo de vida.

La mal nutrición es un problema frecuente en la población senescente en el ámbito mundial, por lo que este estudio tiene la intención de contribuir a la existencia de datos acerca de la valoración del estado nutricional en nuestro país.

Se tiene como objetivo principal la evaluación del estado nutricional del adulto mayor y describir si factores como hábitos alimenticios, nivel asistencial, situación socioeconómica y estilo de vida, se vinculan para afectar o favorecer el estado nutricional de tres grupos de adultos mayores.

El estudio de tipo descriptivo, transversal, fue ejecutado durante el mes de abril, siendo los lugares de estudio las instituciones siguientes:

- Centro De Atención Integral Medica Para Pensionados. (CAMIP)
- Hogares Para Ancianos De San Vicente De Paúl.
- Grupo De Gimnasia Rítmica Del Ministerio De Cultura Y Deportes.

La muestra de estudio se hizo por medio de un muestreo no probabilístico por cuotas, teniendo 100 adultos mayores por cada grupo.

El estudio fue realizado de la siguiente manera: se obtuvo la información por medio de boleta de recolección de datos socioeconómicos y el test de mini evaluación nutricional geriátrico, evaluándose varios aspectos, como valoración antropométrica (en el cual se peso, tallo, determino circunferencia braquial y de pantorrilla) situación socioeconómica, estilo de vida, percepción del estado propio de salud y nutrición, presencia de morbilidad y hábitos alimenticios.

Los resultados nos indican que por grupo etario el predominio fue del sexo femenino con un 73 %, que en su mayoría son alfabetos, y que poseen un rango de edad entre 60 – 75 años. Se encontró que el 39.7% de la población general tiene un estado nutricional adecuado, un 44% de la población se encuentra en riesgo de desnutrición y solo 16 % esta desnutrida, siendo los Hogares Para Ancianos San Vicente De Paúl, los que presentaron un mayor porcentaje de desnutrición.

or lo tanto con este estudio se pretende contribuir a una atención integral sobre la evaluación nutricional de la población geriátrica, para el mejoramiento de su salud y calidad de vida.

II. DEFINICIÓN Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Con las actuales tendencias mundiales hacia un mejor control de la natalidad y una creciente esperanza de vida, el fenómeno del envejecimiento poblacional ha alcanzado un nivel de prominencia sin precedentes. Para Guatemala, la Organización Mundial de la Salud, estima que la población Adulta Mayor en la actualidad es aproximadamente del 7 % con respecto a la población total. (6)

Con el crecimiento poblacional de este grupo etéreo, surge la importancia de conocer el proceso normal de envejecimiento del ser humano, y los problemas de salud que padecen.

La vejez es una etapa normal de la vida, que abarca una sucesión de cambios en distintos procesos bioquímicos, fisiológicos, anatómicos, sociales y psicológicos, los cuales determinan alteraciones estructurales y funcionales en los diversos tejidos del organismo. (12)

Posiblemente, muchos de los cambios producidos en la vejez, son efectos acumulativos de las lesiones y enfermedades que ha ido sufriendo el individuo a lo largo de la vida. Estos se relacionan directa o indirectamente con su estado de nutricional. La población anciana, a nivel mundial, está considerada como grupo a riesgo de sufrir malnutrición calórico proteico. (5,7)

Siendo esta morbilidad frecuente (67%), es necesario considerarla como un problema de salud pública. (2) Los efectos directos del envejecimiento parecen ser más importantes de lo que se solía pensar, y algunas personas ancianas permanecen aparentemente sanas, siempre y cuando su estado de nutrición sea bueno.

En Guatemala son escasos los estudios de la valoración del estado nutricional de la población geriátrica en relación al nivel de asistencia, hábitos alimenticios, estado de salud, estilo de vida y nivel socioeconómico. (17,20,21)

Sin embargo, año tras año una proporción creciente de adultos mayores se vuelven frágiles debido factores relacionados con el envejecimiento; entre ellos tenemos: disminución de la agudeza visual y otros sentidos, aumento de las alteraciones cognoscitivas y trastornos del equilibrio y de la marcha, lo cual afecta su capacidad de movimiento e independencia: Esto reduce la posibilidad de mantener una calidad de vida aceptable para sus expectativas.

Además, la disminución del apetito, debido a cambios en su sistema digestivo y los problemas estomatológicos frecuentes de esta edad, comprometen la masticación e inciden en una inadecuada selección de alimentos, favoreciendo un ingreso deficitario alimenticio, el cual se traduce en un déficit nutricional que muchas veces solo se expresa por una discreta pérdida de peso.

Otros factores vinculados a la malnutrición son relacionados con los aspectos socioeconómicos, ingesta de medicamentos y los relacionados con el medio ambiente.

Por tal motivo, todos los adultos mayores deberían ser objeto de vigilancia nutricional, con el fin de evitar las complicaciones de salud y socioeconómicas que acompañan a este problema.

III. JUSTIFICACIÓN

La Constitución de la República de Guatemala en su artículo 51, hace referencia a los derechos de la vejez. Este artículo compromete al estado a "**proteger el estado de salud física, mental y moral de este grupo de personas**". Por otro lado, en Guatemala durante el año de 1997, se inició el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA), por medio del cual se puede obtener información respecto al adulto mayor. (14)

La información obtenida de este Sistema nos indica que el grupo de adultos mayores, está presentando un crecimiento acelerado y que según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, la proyección poblacional para Guatemala, para el año 2001, es de un crecimiento aproximado del 7 % de ancianos con respecto al total de la población.

Este incremento en la población geriátrica se vuelve un problema de grandes dimensiones para el estado, especialmente para el área de salud, cuando los ancianos empiezan a demandar atención especializada y servicios mínimos que mejoren sus condiciones y su calidad de vida.(1)

Los cambios normales asociados al envejecimiento, se relacionan directamente con el estado nutricional de los adultos mayores. (6) Por tal motivo, se hace necesario adoptar medidas tendentes a realizar estudios que nos brinden información acerca del estado de salud en general de esta población y poder abordar en mejor forma los problemas de salud y en especial, los nutricionales, que aquejan a este grupo etáreo. (4)

De allí que uno de los objetivos primordiales de este estudio a realizar, es el de determinar el estado nutricional del adulto mayor por medio de medidas antropométricas ya estandarizadas, prácticas, de fácil manejo y su relación con sus actividades cotidianas, estado socioeconómico, características de morbilidad asociada, lugar en el que reside y nivel asistencial que requiere.

Al realizar este estudio se pretende resaltar la importancia de la vigilancia nutricional de los adultos mayores, así como contribuir con los programas ya existentes que velan por la valoración geriátrica.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

1. Evaluar el estado nutricional del Adulto Mayor de Los diferentes grupos participantes.

B. ESPECIFICOS

1. Determinar si las actividades diarias desempeñadas por los adultos mayores, inciden con su estado nutricional.
2. Identificar el estado nutricional actual de los adultos mayores, a través de medidas antropométricas.
3. Identificar los aspectos socioeconómicos y hábitos alimentarios de los adultos mayores.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. ADULTO MAYOR- ANCIANO

1. Definición

Por definición, ancianos o adultos mayores, son las personas mayores que por edad cronológica, tienen o sobrepasan los 60 años de edad (en los países desarrollados son los mayores de 65 años). (5)

En todos los países del mundo, la población sufre cambios estructurales de tipo dinámico que se refleja en las proporciones de los diferentes grupos etarios. La estructura de la población determina una serie de fenómenos que se manifiestan en todos los ámbitos de la sociedad y determinan de alguna manera los problemas que en materia de salud y desarrollo deben enfrentarse.

A medida que el país se desarrolla y comienza a resolver algunos problemas de salud y medio ambiente, mucha mas gente tiene acceso a la salud y menos probabilidad de morir prematuramente; lo que trae como resultado que una proporción mayor de personas llegan a la edad de envejecimiento (60 años). A este fenómeno se le llamado envejecimiento poblacional.(1)

a. Envejecimiento poblacional

Como se dijo anteriormente, este término se refiere al aumento cada vez mayor de la proporción de personas mayores de 60 años dentro de la estructura de la población general. (11,9)

Se determina principalmente por las tasas de fecundidad, y en segundo lugar, por las tasas de mortalidad. Con esto aquí se aplica el término de transición demográfica que designa un proceso gradual , mediante el cual una sociedad pasa de una situación, de fecundidad alta y mortalidad alta, a una situación de fecundidad baja y mortalidad baja.

b. Envejecimiento Normal

El proceso normal del envejecimiento, trae consigo un sin número de cambios físicos y fisiológicos, que transforma al ser humano de un ente productivo, a un ser que carece de esa fuerza de productividad y por tal motivo marginado de la sociedad, las cuales se relacionan directamente o indirectamente con su estado nutricional. Los cambios que se dan en el ser humano, tienen que ver con todo el organismo, afectando a todos los órganos del cuerpo humano en mayor o menor grado.(3,5,15)

Así, observamos una disminución en el metabolismo basal hasta del 20%, disminución de la concentración de la hemoglobina, En ancianos sanos, disminuye la masa magra (formada por huesos, músculos, tejidos nobles de órganos), y aumenta el contenido de grasa hasta casi el doble que en la edad adulta. (1) Como consecuencia disminuye la masa celular metabólicamente activa manifestándose en una reducción de la tasa del metabolismo basal con lo que pueden disminuir los requerimientos calóricos.

La dieta de cada persona también cambia con la edad como consecuencia de diversos factores (disminución del gusto y del olfato, preferencias personales, disponibilidad o dietas terapéuticas). Con el paso de los años se tienden a consumir menos calorías totales sobre todo a expensas de las consumidas como grasas manteniéndose más o menos constante la cantidad de proteínas y aumentando la cantidad de carbohidratos. Estos últimos están presentes en numerosas comidas de bajo costo, sencillas de preparar o que no necesitan preparación, lo que explica en parte el aumento de su utilización.(12)

En condiciones normales, estos cambios en la dieta no deben comprometer el aporte de una cantidad de calorías similar o algo menor que la previa, pero, pueden provocar una disminución de las reservas de nutrientes haciendo a los ancianos más sensibles a pequeños cambios transitorios en la alimentación e insuficientes para responder a un franco aumento de las exigencias debido a la presencia de un problema de salud física, mental o un compromiso social, siendo un problema llamativo en aquellos ancianos con trastornos de salud crónicos, frágiles o dependientes.

Específicamente, los cambios que más afectan el estado nutricional del paciente Adulto Mayor, se relaciona con el aparato gastrointestinal directamente con la disminución de la absorción de nutrientes.(3)

2. Estado nutricional

Es la medida del grado en que el individuo alcanza sus necesidades fisiológicas de nutrimentos. Es el estado de balance entre el consumo de nutrimentos y el gasto o necesidades de los mismos en el individuo.

McLaren, citado por Himes (21) , define el estado nutricional como el resultado del balance entre el aporte de nutrientes al organismo y el gasto de los mismos, estando implícita la noción de que el cuerpo puede utilizar el aporte nutricional provisto.

El estado nutricional del individuo tiene un efecto sobre su bienestar físico, mental y social, funcionamiento orgánico, resistencia enfermedades y crecimiento, por lo que constituye uno de los componentes más importantes del estado de salud del individuo. (22)

a. Factores condicionantes

El estado nutricional del Adulto Mayor esta condicionado por múltiples factores que afectan en ultima instancia el consumo de alimentos y utilización biológica de los mismo, tales factores pueden englobarse de la siguiente manera. (4,14,)

- i.* Biológicos, que incluyen edad, sexo, estado de salud, estado fisiológico, herencia.
- ii.* Sociales, que comprenden políticas de producción y distribución de alimentos, sistemas de salud. Educación y otros.
- iii.* Económicos, como los ingresos, capacidad de compra, tenencia de tierra, vivienda y otros.
- iv.* Culturales y compartamentales, costumbres, creencias, hábitos alimentarios y otros.
- v.* Ambientales tales como condiciones sanitarias de la vivienda, sistema de alimentación de excretas y basuras, abastecimiento de agua, condiciones climatológicas y otros.

Son pues, las causas y efectos de la situación nutricional variadas y complejas.

b. Valoración Del Estado Nutricional

La valoración del estado nutricional en geriatría tiene como objetivos el diagnóstico y despistaje de estados de malnutrición evidentes o de curso subclínico que a menudo pasan desapercibidas en exploraciones no específicas, así como determinar la existencia de riesgo de malnutrición que permita una intervención nutricional precoz. (1,22)

La valoración del estado nutricional pueden efectuarse mediante tres tipos de estudios nutricionales.

- i.* Directos, que comprenden investigaciones clínicas, bioquímicas y antropométricas.
- ii.* Indirectos, se basan en estadísticas vitales, es decir, tasas de mortalidad y otras elaboradas por el sector publico de salud.
- iii.* Ecológicos (22) que incluye investigaciones y distribuciones de alimentos, patrones socio-culturales. Relacionados con hábitos alimentarios y situación económica.

c. Parámetros Indicativos Del Estado Nutricional

Tradicionalmente, las técnicas de valoración nutricional se han clasificado en tres tipos de categorías: Encuestas Dietéticas, Determinaciones clínicas y Antropométricas y Parámetros Biológicos.

i. Encuestas dietéticas

La estimación de la ingesta de nutrientes es probablemente el indicador indirecto del estado nutricional más ampliamente utilizado. La exacta cuantificación de la ingesta cotidiana de nutrientes de un individuo anciano es, sin embargo, difícil y consume una gran cantidad de tiempo. Probablemente, el consumo de alimentos auto referido adquiere valor cuando se utiliza en conjunción con datos clínicos, antropométricos y biológicos y, en ancianos en los que se sospecha u objetiva un deterioro cognitivo, plantea dudas razonables acerca de su fiabilidad. (12)

La historia dietética de un anciano debe abarcar una encuesta de hábitos que recoja las costumbres alimenticias, la secuencia de comidas, modalidades y costumbres culinarias interrogando al anciano y, por lo ya comentado, también a sus familiares y cuidadores, garantizándose el ajuste real de las respuestas obtenidas.

ii. Antropometría

La antropometría, a pesar de sus limitaciones de precisión, ha facilitado la estimación de la composición del cuerpo humano fuera del laboratorio y donde se carece de otros métodos más exactos, pero a la vez más costosos para el efecto.(5,17)

Las principales medidas antropométricas para estimar la composición corporal de adultos Mayores son : Peso, Talla, circunferencia de brazo y pantorrilla. (3,17, 22)

El peso es la determinación antropométrica más utilizada; es una medida de masa corporal total del individuo, considerada clave para evaluar el crecimiento y detectar desnutrición u obesidad. Para evaluar el significado del peso debe tenerse en cuenta la talla.

La talla también sufre modificaciones naturales conforme avanza la edad del individuo, una vez alcanzada la edad mediana ocurre una declinación progresiva en la estatura, en una tasa que puede aumentar gradualmente de 0.9 a 1.4 centímetros por década en los adultos mayores (17), y hasta 0.5 centímetros por año según reporte frecuente.

El índice de Quetelet o índice de masa corporal (IMC), es la relación entre el peso y la talla al cuadrado; se utiliza como parámetro antropométrico para determinar el estado nutricional, establecer la presencia de desnutrición u obesidad tanto en clínica como en estudios epidemiológicos. Este es el método más utilizado por médicos y especialistas en nutrición, debido a que carece de costo y es de fácil aplicación; asimismo, es el que mejor refleja el estado nutricional de las personas, en un determinado tiempo.(22)

Otros índices antropométricos utilizados son la medición de pliegues cutáneos como indicativos de la masa grasa corporal y del perímetro muscular, utilizando una cinta métrica, como indicativo de la masa magra corporal y sus modificaciones.

La medición del pliegue tricaptal es delicada y necesita personal bien entrenado mientras que la medición de la circunferencia del brazo o de la pantorrilla son más sencillas. Sólo recientemente se han establecido los valores normales de ambos parámetros en relación con la edad.

Las medidas antropométricas son muy útiles para la evaluación del estado nutricional porque son fáciles de obtener y son baratas, sobre todo cuando se aplican a poblaciones de ancianos jóvenes, ambulantes y sanos, mientras que su obtención inicialmente sencilla se complica en ancianos enfermos, frágiles y encamados.

iii. Determinaciones biológicas

Los test del laboratorio juegan un importante papel en la valoración del estado nutricional. (20,21) Pueden ser útiles para detectar deficiencias nutricionales de forma precoz incluso tiempo antes de que las medidas antropométricas se alteren y que aparezcan signos clínicos o síntomas de desnutrición.

d. Instrumentos o Escalas Para La Valoración Nutricional

La Conferencia Internacional sobre *Geriatría Assessment Technology*, realizada en Florencia en 1994, sintetizaba los puntos más específicos que deben evaluarse en el proceso diagnóstico del anciano y entre ellos se destacaba, con un carácter prioritario, a la valoración del estado nutricional, poniéndose especial énfasis en el desarrollo y validación de instrumentos eficaces para detectar riesgo de malnutrición o situaciones de malnutrición evidentes.

Una vez que ha aparecido la desnutrición, su corrección es difícil, y su pronóstico, desfavorable, y por ello, la actuación de los profesionales de la salud debe estar dirigida hacia estrategias preventivas, menos costosas y más fáciles de llevar a cabo.

Una de las escalas más sencilla, propuesta para su utilización en población anciana ambulatoria, es el cuestionario: "Conozca su salud nutricional" ("*Determine your nutritional Health*" checklist) un formulario de valoración desarrollado y distribuido por la *Nutritional Screening Initiative (NSI)* que comenzó a difundirse en 1990 en respuesta a los objetivos del programa *Healthy People 2000* y que en la actualidad es utilizado de forma generalizada por los equipos de atención primaria en Estados Unidos .(17)

Contiene 10 preguntas referidas a la cantidad y el tipo de ingesta, a las limitaciones para la compra o preparación de la misma e incluye el consumo de

medicamentos y la presencia de ganancia o pérdida involuntaria de peso en el tiempo. La puntuación obtenida permite cuantificar el riesgo nutricional y de acuerdo a este, se establece un plan de reevaluación.

Cuando los resultados del cuestionario indican un riesgo nutricional alto, se propone un estudio nutricional más profundo, mediante aplicación de otros instrumentos, el "Nivel I y II de screening" (*Level I & II Screens*), que incluye un sencillo nonograma para determinar el índice de masa corporal y un cuestionario de datos de laboratorio (albúmina y colesterol séricos), características clínicas, hábitos alimentarios, ambiente en donde vive y estado mental y cognitivo, que tendría como objetivo la estimación de la magnitud de la desnutrición y un acercamiento a las causas de la misma. (22)

El Cuestionario, aplicado de forma aislada, solamente podría utilizarse como indicador de alto, medio o bajo riesgo de desnutrición y no como un instrumento para cuantificar y caracterizar esta situación.

el *Mini Nutritional Assessment (MNA)*, propuesto, desarrollado y validado por Vellas y Guigoz, del equipo geriátrico de Toulouse. (6,17,21)

El objetivo de esta escala es determinar si hay un riesgo de malnutrición y así permitir una precoz intervención nutricional y detectar la presencia de franca desnutrición tratando de acercarse a sus causas, permitiendo el establecimiento de intervenciones multidimensionales para corregir factores de riesgo y mejorar el estado nutricional y de salud de los ancianos evaluados.

Ha sido diseñado para un uso sencillo por médicos generales y también por profesionales de la salud relacionados con la admisión de pacientes geriátricos en hospitales y residencias y su empleo se recomienda especialmente en el caso de ancianos frágiles y enfermos o incapacitados.

Este test, que comprende medidas simples y un breve cuestionario puede ser realizado en aproximadamente 10 minutos y engloba: valoración antropométrica (peso, altura, magnitud de la pérdida de peso en el tiempo), valoración general (estilo de vida, medicación y movilidad), valoración dietética (número de comidas, ingesta de alimentos y líquidos, autonomía en la realización de comidas) y un breve cuestionario sobre autovaloración (autopercepción de salud y del estado nutricional). (Ver cuadro)

3. Epidemiología de la malnutrición protéico-energética en los ancianos

En una revisión reciente centrada en el análisis de los estudios epidemiológicos que, sobre el estado nutricional de los ancianos, se han realizado en las últimas décadas en Europa y Estados Unidos, llevada a cabo por E. Alix y T Constans y publicada en la Revista Año Gerontológico. (4)

Los autores llaman la atención acerca de las grandes variaciones en las cifras de prevalencia de desnutrición observada entre los distintos autores y ponen de manifiesto las diferencias que, en cuanto a esta prevalencia, muestran los ancianos según el nivel en el que estos se encuentren (domicilio, residencia u hospital) y también, según el grado de salud de los mismos sujetos (sanos, frágiles o enfermos).

Diversos estudios realizados en Estados Unidos y en Europa tanto de tipo transversal como longitudinal han permitido establecer una prevalencia media de desnutrición en ancianos menores de 75 años, que viven en sus domicilios, y, con aparente buena salud, entre un 3 a un 5%. (9)

La prevalencia de malnutrición evaluada en poblaciones de adultos mayores de 65 años ingresados en Unidades de Hospitalización, utilizando parámetros antropométricos y biológicos oscila entre el 32-48% según distintos autores(8,19,20) y, en grupos de edad muy avanzada la prevalencia alcanza el 40-67%.

4. Causas y Factores de Riesgo de Desnutrición

En primer lugar están muchas de las enfermedades del anciano. Una persona mayor, cuando enferma, suele ingerir una dieta inadecuada y a la vez sufre una mayor demanda energética por la enfermedad, lo que puede trastornar el equilibrio nutricional.

Casi cualquier enfermedad puede producir un deterioro de alimentación y pérdida de peso. Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, respiratorias y digestivas, la depresión y la diabetes Mellitus.

Además de las enfermedades, la propia incapacidad física secundaria a cualquiera de ellas puede dificultar la adquisición de alimentos, su preparación o su ingesta. (2,3)

También los medicamentos pueden suprimir el apetito o impedir la absorción de algunos nutrientes. Entre ellos figuran medicamentos tan usados como los antiácidos, los laxantes, los anticonvulsivantes, los antidepresivos o los diuréticos.

Hay que destacar de forma especial los problemas mentales. La reacción de duelo por la pérdida de seres queridos, la depresión o la demencia, tan frecuentes en los mayores, son causas desgraciadamente frecuentes de trastornos alimentarios, que a su vez complican el curso de estas enfermedades y ensombrecen su pronóstico.

Otros factores de riesgo de desnutrición van ligados a la edad: la menor actividad física (que lleva a tener menos apetito), los frecuentes problemas en la dentición o la prótesis dental, así como la pérdida de gusto, olfato y absorción digestiva.

Por último están los problemas socioeconómicos y ambientales. Muchos mayores viven solos o tienen ingresos económicos muy limitados que les impiden obtener todo el alimento necesario. El hecho de comer solo es un factor de riesgo de alimentarse de forma insuficiente.

La suma de todos estos factores hace que muchas personas sanas pierdan algo de peso por encima de los 70 años, lo que obliga a vigilar la situación nutricional periódicamente e intentar resolver algunos de estos problemas, cuando es posible.

5. Causas y factores de riesgo de malnutrición

a. Factores fisiológicos relacionados con la edad

- i.* Cambios en la composición corporal
- ii.* Disminución de la actividad física
- iii.* Alteración gusto y olfato
- iv.* Disminución del apetito
- v.* Problemas dentales: Falta de piezas, prótesis mal adaptadas
- vi.* Disminución de la secreción y absorción intestinal

b. Socioeconómicos y medioambientales

- i.* Bajos ingresos, pobreza.
- ii.* Ignorancia, incultura.
- iii.* Hábitos alimentarios incorrectos: Bajo número de comidas, alimentos inadecuados.
- iv.* Aislamiento, soledad. Pérdida del cónyuge.
- v.* Mal soporte familiar o social: Red de apoyo insuficiente.
- vi.* Institucionalización.

c. Deterioro funcional

- i.* Dificultad o incapacidad para compra, preparación y conservación.
- ii.* Dificultad para la ingesta, deglución.
- iii.* Inactividad, inmovilidad.

d. Enfermedades y sus consecuencias

- i.* Enfermedades crónicas (ICC, EPOC, Demencia).
- ii.* Enfermedades y situaciones agudas: Traumas, Cirugía, Infecciones, Úlceras.
- iii.* Consumo de medicamentos.
- iv.* Deterioro cognitivo.
- v.* Trastornos afectivos: Depresión.

B. SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN AMERICA

1. Antecedentes

El envejecimiento de la población se asocia por lo general con los países mas industrializados de Europa y América del Norte; sin embargo hoy en día muchos países en desarrollo especialmente en América latina y el Caribe están experimentando cambios similares en la estructura por edad de la población, lo que registra debates públicos sobre costos de seguro social y atención de la salud. (1)

El Caribe tiene una población adulta mayor de 9%, América Central y América del sur 7% , lo que contempla una población de 32 millones de personas mayores de 60 años para el año 2000.

2. Situación En Guatemala

Guatemala se encuentra en un proceso de transición moderada pues, aunque conserva una tasa de natalidad elevada, sus tasas de mortalidad ya pueden clasificarse de moderadas. Los cambios en la estructura de mortalidad y fecundidad, producen un aumento en la esperanza de vida al nacer, la cual va aumentando a medida que la transición avanza.(17)

a. Aspectos Sociales y culturales

En Guatemala la esperanza de vida al nacer en 1997 se situaba en 64.8 años y se espera que para el año 2005 sea de 69.1 años y para el 2025 de 72.3 años.(7)

Según datos del censo de 1994, la población de Adultos Mayores de 60 años es de 5.8 % el cual seguirá aumentando en los próximos 25 años. En la composición de la población de personas mayores guatemaltecas, se observan cambios en lo referente al sexo y origen; el mayor porcentaje del total en el país corresponde a las mujeres con un 51 %, lo cual es compatible con el resto de países del mundo. (11)

El envejecimiento de la población guatemalteca ha sido heterogéneo dentro del territorio del país, encontrándose marcadas diferencias de un departamento a otro; los departamentos del oriente y sur oriente son los que se encuentran con la mayor cantidad de personas Mayores, mientras que el departamento más joven es Petén y el departamento más envejecido es San Marcos.

Respecto a los aspectos de convivencia, se asume que las personas casadas o unidas viven en compañía y las solteras, viudas y divorciadas tienen más oportunidad de vivir solas, aunque se admite que la mayoría de ellos viven con familiares sobre todo con las hijas.(21)

La sociedad ha etiquetado a las personas mayores como seres con múltiples problemas que se manifiestan por decrepitud y discapacidad; esto es uno de los tantos mitos relacionados a este grupo etario, ya que en el censo de 1994 se estableció que la mayor parte de ellos son independientes y activos; el 85% de Adultos Mayores menores de 80 años pueden salir solos, alimentarse, bañarse, orinar, defecar, tomar medicina y caminar por un terreno plano sin ayuda; sin embargo, existen actividades las cuales les cuesta un poco realizar como: salir lejos de casa, subir escaleras, cortarse las uñas de los pies o abordar el autobús; sin embargo estas tareas no son esenciales para la independencia dentro del hogar.(8)

Según el censo de 1994, del total de la población anciana del país, el 38% trabaja, el 62% no trabaja y menos del 1% se considera cesante y esta en busca de trabajo; dentro de la población trabajadora el 88% corresponde al sexo masculino y el resto al femenino.

Del grupo de personas mayores encuestadas en 75% manifestaron estar satisfechos con su vida general y el 25 % estaban insatisfechos. De este ultimo grupo, esa insatisfacción era provocada por problemas económicos en 43% de los casos y por problemas de salud en un 38 %, el resto de causas fueron problemas de vivienda 6.3, el tipo social 3.8%, de alimentación 1.5, de transporte 0.9 y otros problemas no especificados.

Del total de los encuestados, únicamente el 27 % consideran que su salud es buena o muy buena; el 73 % la percibe como regular, mal o muy mal y el 90% de ellos manifestaron tener en el momento de la entrevista alguna enfermedad.

Por tal razón, surge la importancia de entender el proceso normal de envejecimiento, los cambios que se dan en el organismo y las consecuencias de dichos cambios, para mejorar los lineamientos de una buena atención en salud de este grupo etario.(20,21)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio

Descriptivo

El estudio describe el comportamiento en un grupo poblacional de acuerdo a las diferentes variables.

Transversal-prospectivo

Pues mide sólo una vez las variables en un período definido de tiempo.

Observacional

Porque el investigador sólo describe y mide el fenómeno estudiado, por tal razón no se puede modificar la voluntad propia de ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

2. Sujetos de estudio

Para el estudio se seleccionó 3 grupos de población de Adultos Mayores de diferente condición en nivel asistencial, pertenecientes al Centro De Atención Medica Para Pensionados (Camip), Hogares Para Ancianos San Vicente De Paúl, Y El Grupo De Adultos Mayores Del Ministerio De Cultura Y Deportes, para lo cual se determinó el estado nutricional, actual a través de medidas antropométricas y se relacionó con factores socioeconómicos, hábitos alimenticios y presencia de morbilidad.

3. Muestra de estudio

Se tomó un número igual de Adultos Mayores, establecido por un muestreo no probabilístico por cuotas, para que la muestra fuera representativa en número en los tres centros asistenciales.

- i.* Hogares Para Ancianos San Vicente De Paúl. Se calculó la muestra por medio del total de personas recluidas en los dos Hogares para Ancianos de San Vicente de Paúl (zonas 1 y 5), que fue de 100 pacientes.
- ii.* Centro De Atención Medica Integral Para Pensionados. (CAMIP) Se seleccionó al grupo de personas que asisten a la consulta externa en horario de 8:00 a 10:00 A.M (en número de 100 pacientes).
- iii.* El grupo de adultos mayores del Ministerio de cultura y deportes. Se escogió a el total de los integrantes que es de 100 adultos mayores.

4. Criterios de inclusión - exclusión

a. Inclusión

- Sexo: ambos.
- Edad: igual o mayores a 60 años.
- Integrantes de cualquier grupo de adultos mayores a estudiar.
- Que estén en uso de sus facultades mentales y dispuestos a colaborar (Consentimiento Informado).
- Que usen o no algún tratamiento.
- Morbilidad presente o no.

b. Exclusión

- Que presenten deformidades en extremidades o que se encuentren postrados en cama y que no sea posible su toma de peso y talla.
- Que no estén dispuestos a colaborar .
- Que presente algún trastorno mental.

5. Variables de estudio. (ver cuadro adjunto)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Tipo de variable
Sexo	Conjunto de condiciones fisiológicas y anatómicas que determinan al hombre de una mujer	Condición orgánica que distingue ambos sexos.	Nominal	Masculino Y femenino	Cualitativa Independiente
Edad	Tiempo vivido por un individuo desde la fecha de su nacimiento a la fecha de estudio	Pregunta directa al encuestado sobre su edad	numérica	Años	Cuantitativa Independiente
Estado Nutricional	Es la medida del grado en que el individuo alcanza sus necesidades fisiológicas de nutrimentos	Se establecerá por medio del test de mini evaluación nutricional	Nominal	<u>Valoración total (máx. 30 puntos)</u> Puntuación indicadora de desnutrición > 24 puntos bien nutridos De 17 a 23.5 a riesgo de desnutrición < 17 puntos desnutrido	Cualitativa Dependiente

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Tipo de variable
socioeconómicos	Conjunto de aspectos que consideran el ámbito social en el que se desenvuelven una población o parte de ella y el recurso monetario	Por medio de pregunta directa	Nominal	Estado civil, escolaridad, actividad que realiza, ocupación en caso de tenerla, personas con quien vive, asistencia diurna a grupos de adultos mayores	Cualitativa Independiente
hábitos alimenticios	Conjunto de normas que incluyen tanto higiene la preparación y consumo como cantidad y calidad de alimentación y que son adquiridos en el grupo familiar	Pregunta directa	Nominal	Ingestión de complementos alimenticios, calidad, cantidad e higiene de la alimentación y tipo de dieta	Cualitativa independiente

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Tipo de variable
antropométricos	Medidas que permiten obtener y estimar el estado nutricional de una persona. IMC, circunferencia media del brazo y pantorrilla	Medición de cada adulto mayor perteneciente a cada grupo	Nominal	Peso Talla IMC Circunferencia media del brazo y pantorrilla	Cuantitativa Independiente
Estilo de vida	Actividad en la que se desenvuelve cada persona	Pregunta Directa	Nominal	Boleta de recolección	Cualitativa Independiente

6. Instrumentos de Consentimiento Informado, Recolección y de Medición de Variables o Datos

- a.** En la iniciación del actual estudio, se procedió a el acercamiento con las autoridades competentes.
- b.** Se conoció a los directores y personal institucional de cada área de estudio, al que pertenecen los Adultos Mayores y solicitó los permisos necesarios, se explicó el tipo de estudio que se elaboro tanto a autoridades como a los sujetos de estudio. En el cual se nos brindo un área de trabajo (clínica medica).
- c. Aspectos éticos de la investigación.** Se leyó y firmó por parte del participante, la hoja de consentimiento Informado en donde se explicó la naturaleza del estudio, sus riesgos y beneficios. Las personas que no pudirón firmar, colocaron la huella digital del dedo pulgar de la mano derecha. Se respetó el derecho de las personas a no participar en este estudio.
- d.** Se utilizó el test de mini evaluación nutricional y la boleta de recolección de datos. (ver explicación).
- e.** Se estandarizó al investigador en la toma de las mediciones de las variables contra un estándar de oro (Dr. Carlos Valdez, por tener amplia experiencia en estudios de antropometría del adulto mayor). (21) Para lo cual se pesaron a 10 personas para establecer la claridad de las mediciones.
- f.** Luego se procedió a evaluar el estado nutricional, los factores socioeconómicos, valoración dietética, valoración general y auto evaluación del estado de salud. Se seleccionó al grupo de Adultos Mayores en el siguiente orden.
 - i.* Grupo De Adultos Mayores Del Ministerio De Cultura Y Deportes Zona 5.
 - ii.* Hogares Para Ancianos San Vicente De PAL. (Zona 5 Y 1)
 - iii.* Centro De Atención Médica Para Pensionados. (CAMIP, zona 13)
- g.** El test de mini evaluación nutricional que consta de 18 preguntas, el objetivo de esta escala es determinar el estado de nutrición y así permitir una precoz intervención nutricional y detectar la presencia de franca desnutrición tratando de acercarse a sus causas, permitiendo el establecimiento de intervenciones multidimensionales para corregir factores de riesgo y mejorar el estado nutricional y de salud de los ancianos evaluados.

Ha sido diseñado para un uso sencillo por médicos generales y también por profesionales de la salud relacionados con la admisión de pacientes geriátricos en hospitales y residencias y su empleo se recomienda especialmente en el caso de ancianos frágiles y enfermos o incapacitados.

Este test, que comprende medidas simples y un breve cuestionario puede ser realizado en aproximadamente 10 minutos y engloba: valoración antropométrica (peso, altura, magnitud de la pérdida de peso en el tiempo), valoración general (estilo de vida, medicación y movilidad), valoración dietética (número de comidas, ingesta de alimentos y líquidos, autonomía en la realización de comidas) y un breve cuestionario sobre autovaloración (auto percepción de salud y del estado nutricional).

h. Se valoró el aspecto antropométrico, se hizo como lo indica el test de Mini evaluación nutricional, para ello se determino el peso , talla, circunferencia braquial y de pantorrilla y se expreso el IMC, utilizando la siguiente técnica.

i. Peso y talla

Son las medidas mas utilizadas para realizar un diagnostico del estado nutricional.

- Técnica para la toma del peso.

Equipo

Descripción de las balanzas. Para decidir la balanza utilizar se hizo un pequeño ejercicio, en dos oportunidades diferentes se registro el peso de dos sujetos en tres distintas balanzas.

Balanza	Descripción	Marca	escala	Unidad de medida
1.	Mecánica de péndulo.	Romana	numérica	Kilogramos
2.	Digital electrónica	Sisvan	numérica	Kilogramos
3.	Mecánica de resorte	Haselm	numérica	Kilogramos

1. Registro del peso de los Sujetos

EQUIPO	BALANZA 1		BALANZA 2		BALANZA 3	
TOMA	S1	S2	S1	S2	S1	S2
1	68.5	57.5	68.0	58.0	68.0	58.0
2	68.0	58.0	67.5	58.5	68.5	58.5

Se hizo un análisis de varianza en el cual no se encontró diferencia significativa en los pesos tomados en cada balanza, por lo que cualquiera puede ser usada en el estudio, pero por facilidad en su transporte, economía se escogió la balanza (Haselm) de escala numérica y graduada kilogramos, asumiéndose una variación no mayor de 0.5 libras.

En obtención del peso se siguió los siguientes pasos

- Se dibujaron las huellas de los pies, se recortaron y colocaron sobre la balanza.
- Se colocó la balanza sobre una superficie plana y firme.
- No se tomó el peso después de una comida o con la vejiga urinaria llena.
- Se Calibró la balanza en cero antes y después de cada pesada.
- Se colocó a la personas con el mínimo de ropa posible, sin zapatos sobre las plantillas y en posición erecta.
- En la balanza, se mantuvo al individuo quieto, hasta que la aguja de la balanza estuvo en equilibrio.
- Leído el peso, cuando la aguja de la balanza estaba centrada, se registró la medida inmediatamente

-Técnica para la toma de talla

Equipo

Tallmetro de madera: se colocó pegada con goma, una cinta métrica sobre una tabla de madera plana y lisa. La cinta métrica fué graduada en milímetros y se tomó la medida usando un cartabón o escuadra (pieza móvil) de madera o cartón. La medición se hizo en centímetros y se asumió una variación de aproximará no mayor de 0.1 centímetros.

En la obtención de la talla se siguió los siguientes parámetros

- No se utilizó el tallmetro insertado en la balanza, porque el tope superior de este es demasiado estrecho e inestable.
- Se colocó el tallmetro de madera en un lugar libre de humedad.
- Se dibujaron las plantillas de los pies, se recortaron y se fijaron sobre la plataforma del tallmetro al lado de la escala graduada.
- Se situó a las personas con los pies sobre las huellas, en posición firme con los talones juntos y las rodillas sin doblar.
- Se Aseguró, antes de medir, que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, las nalgas, el tronco, los muslos y la región occipital de la cabeza, toquen la superficie vertical del tallmetro y que los talones no estén elevados.
- La persona permaneció en posición durante la lectura.
- Se deslizó suave y firmemente la pieza móvil hasta tocar la coronilla de la cabeza de la persona .
- Se leyó la cifra que marcó la pieza móvil y se registró la medida exacta en centímetros con una aproximación de 0.1 cms
- Se Repitió el procedimiento para validar la primera medida, si variaba en más de 0.5 cms, se procedía a hacerlo por tercera vez; y registrar este último dato, si hubo otra variación, se hizo un promedio de las medidas.

ii. Circunferencia de la parte media del brazo

- **Técnica.** **Equipo** Cinta métrica.

- Se identificó el vértice posterior del **apófisis acromial**.
- Desde allí, se midió con un metro hasta la punta del olécranon del codo anotando la distancia determinada y señalizando el punto medio.
- Rodee el brazo con la cinta métrica pasando por el punto medio. El contacto con la superficie de la piel debe ser firme y suave; no comprima los tejidos blandos del área.
- Leída la circunferencia, se registró la medida exacta en centímetros. Con una aproximación de 0.1 cms.
- Se repita el procedimiento para validar la medida. Si la medida variaba en mas de 0.5 cms.

iii. Circunferencia de la parte media de la pantorrilla

- **Técnica.** **Equipo** Cinta métrica.

- Se identificó la tuberosidad externa **del Peroné** .
- Desde allí, se midió con un metro hasta el **maléolo lateral externo de la tibia**, anotando la distancia determinada y señalizando el punto medio.
- Se rodeo la pantorrilla con la cinta métrica pasando por el punto medio. El contacto con la superficie de la piel debe ser firme y suave; no comprima los tejidos blandos del área.
- Leída la circunferencia, se registró la medida exacta en centímetros. Con una aproximación de 0.1 cms.
- Se repita el procedimiento para validar la medida. Si la medida variaba en más de 0.5 cms.

Al mismo se le adjunto la boleta de recolección de datos de los indicadores socioeconómicos , el cual trata de los aspectos socioeconómicos, relacionando estado civil, escolaridad, profesión o ocupación, ingreso mensual, en donde vive y con quien vive , así como si se encuentran en un lugar para adultos mayores durante el día.

7. Tratamiento de datos

Una vez obtenidos los datos se procedió, a efectuar los cálculos estadísticos descriptivos, de cuadros comparativos por grupos según sexo e institución, y el análisis respectivo de cada uno de los resultados.

B. RECURSOS

1. Físicos

- CAMIP.(Centro De Atención Médica Para Pensionados)
- Hogar Para Ancianos San Vicente De Paúl.
- Grupo De Adultos Mayores Del Ministerio De Cultura Y Deportes.
- Biblioteca De La Facultad De Ciencias Medicas Y Central De La Universidad San Carlos De Guatemala.
- Biblioteca Central De La Universidad Francisco Marroquín.
- Biblioteca De La OPS.
- Biblioteca Del Incap.

2. Materiales

- Equipo de medición (balanza, tallimetro, cinta métrica).
- Computadora.
- Impresora.
- Útiles de escritorio.
- Sillas, mesa.

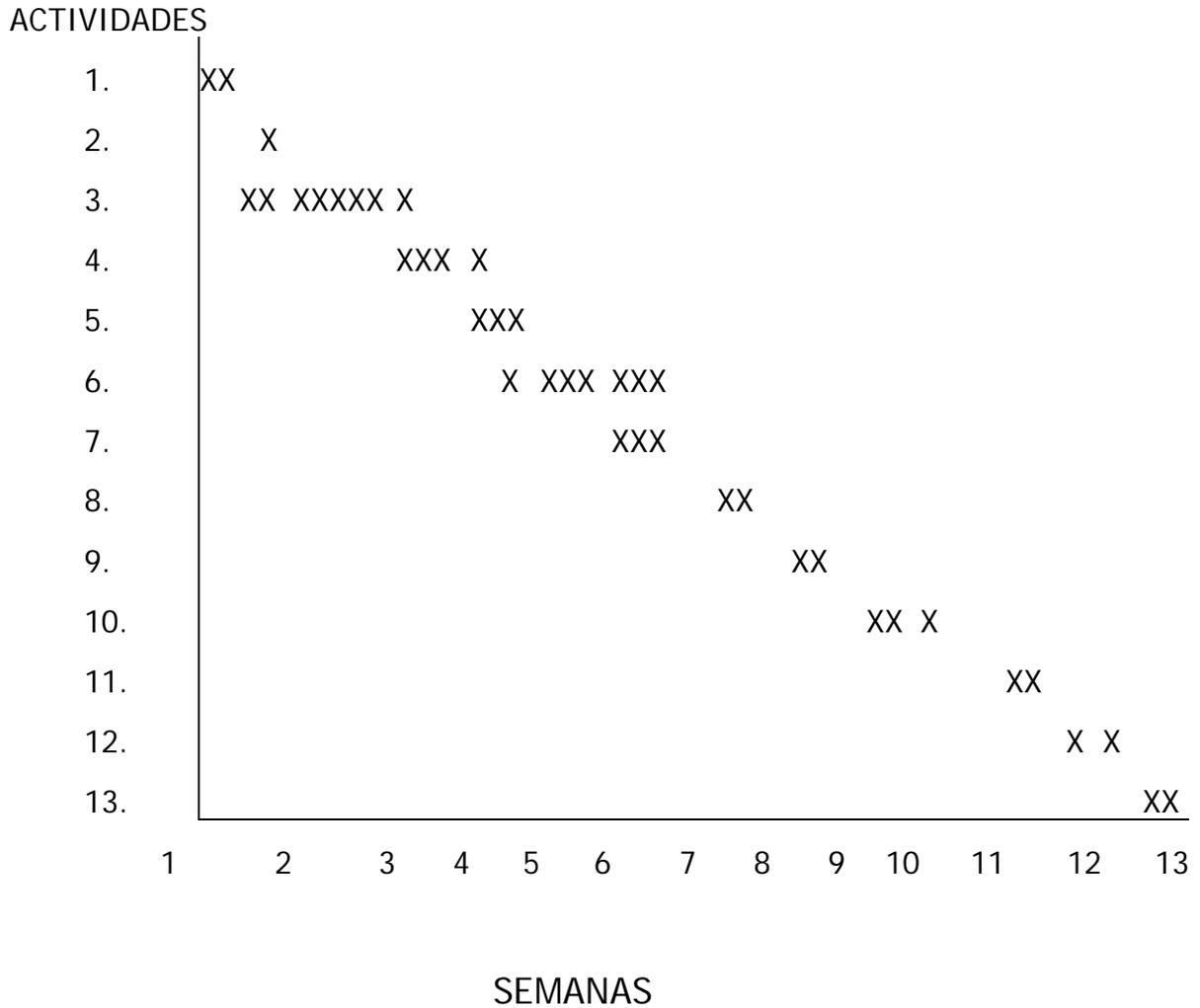
3. Humanos

- Director y personal laborante de cada uno de los centros asistenciales de los grupos de adultos mayores.
- Pacientes a estudiar.
- Investigador y encuestador.
- Asesor y medidor estándar de oro . (El cual va hacer el Dr. Carlos Valdez)
- Revisor.

4. Económicos

- | | |
|--|-------------|
| • Gastos de fotocopias. | Q 350.00 |
| • Transporte local. | Q 400.00 |
| • Depreciación de vehículo. | Q 350.00 |
| • Tiempo de computadora. | Q 260.00 |
| • Gasto de teléfono. | Q 150.00 |
| • Impresión de protocolo, instrumentos, informe final. | Q 2425.00 |
| • Gasto de Internet. | Q 180.00 |
| • Gastos personales aproximados. | Q. 4,115.00 |

CRONOGRAMA



1. Selección del tema de proyecto de investigación.
2. Elección de asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Presentación y aprobación del tema de investigación.
5. Elaboración del protocolo y aprobación por las diferentes instituciones.
6. Aprobación y revisión del protocolo por la unidad de tesis.
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. Procesamiento de datos.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y tramites administrativos.
14. Examen publico de defensa de la tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro No. 1
RELACIÓN SEXO Y EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA, ABRIL 2,002.

Cuadro No 1	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 1 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
EDAD (Años)	n	%	n	%	N	%	EDAD (Años)	n	%	n	%	n	%
60- 65	77	25.6	18	6	95	31.6	60- 65	26	26	9	9	35	35
66 – 70	49	16.3	17	5.6	66	21.9	66 – 70	19	19	10	10	29	29
71 – 75	27	9	6	2	33	11	71 – 75	10	10	3	3	13	13
76- 80	18	6	18	6	36	12	76- 80	4	4	5	5	9	9
81 - 85	17	5.6	13	4.3	30	9.9	81 - 85	5	5	2	2	7	7
86 - 90	20	6.5	8	2.6	28	9.1	86 - 90	5	5	1	1	6	6
90 O MAS	14	4.0	3	1	17	5	90 O MAS	1	1	0	0	1	1
TOTAL	219	73	81	27	300	100	TOTAL	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 1 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 1 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
EDAD (Años)	n	%	n	%	N	%	EDAD (Años)	n	%	n	%	n	%
60- 65	6	6	3	3	9	9	60- 65	39	39	4	4	43	43
66 – 70	8	8	2	2	10	10	66 – 70	22	22	5	5	27	27
71 – 75	7	7	2	2	9	9	71 – 75	10	10	1	1	11	11
76- 80	10	10	11	11	21	21	76- 80	4	4	2	2	6	6
81 - 85	13	13	6	6	19	19	81 - 85	2	2	5	5	7	7
86 - 90	12	12	4	4	16	16	86 - 90	3	3	3	3	6	6
90 O MAS	13	13	3	3	16	16	90 O MAS	0	0	0	0	0	0
TOTAL	69	69	31	31	100	100	TOTAL	80	80	21	21	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL

CUADRO No 2
 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE TRES GRUPOS DE ADULTOS MAYORES
 CON DIFERENTE NIVEL ASISTENCIAL. CIUDAD DE GUATEMALA,
 ABRIL 2,002.

Institución Genero	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados		Hogares para ancianos San Vicente De Paúl		Grupo de Gimnasia rítmica del Ministerio Cultura Y Deportes,		Total	
	n	%	n	%	n	%	Total	%
Masculino	30	10.30	31	10.33	20	6.60	81	27%
Femenino	70	23.33	69	23.00	80	26.67	219	73%
Total	100	33.63	100	33.33	100	33.27	300	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No 3
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002.

Cuadro No 3	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 3 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
ESTADO CIVIL	n	%	n	%	N	%	ESTADO CIVIL	n	%	N	%	n	5
Casado	67	22.3	26	8.6	93	31	Casado	25	25	19	19	44	44
Soltero	61	20.3	17	5.7	78	26.	Soltero	15	15	1	1	16	16
Divorciado	25	8.3	15	5	40	13.3	Divorciado	6	6	4	4	10	10
Unión Libre	16	5.3	11	3.7	27	9	Unión Libre	5	5	5	5	10	10
Viudo	50	16.3	12	4	62	20.7	viudo	19	19	1	1	20	20
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 3b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 3c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
ESTADO CIVIL	n	%	n	%	N	%	ESTADO CIVIL	n	%	N	%	n	%
Casado	3	3	3	3	6	6	Casado	39	39	4	4	43	43
Soltero	28	28	13	13	41	41	Soltero	18	18	3	3	21	21
Divorciado	11	11	3	3	14	14	Divorciado	8	8	8	8	16	16
Unión Libre	10	10	3	3	13	13	Unión Libre	1	1	3	3	4	4
viudo	17	17	9	9	26	26	Viudo	14	14	2	2	16	16
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 4
RELACIÓN SEXO Y ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002.

Cuadro No 4	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 4 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
ESCOLARIDAD	n	%	n	%	n	%	ESCOLARIDAD	n	%	n	%	n	%
Primaria	97	32.3	32	10.7	129	43	Primaria	29	29	11	11	40	40
Secundaria	30	10	12	4	42	14	Secundaria	11	11	6	6	17	17
Diversificado	41	13.7	9	3	50	16.7	Diversificado	15	15	5	5	20	20
Estudios Superiores	24	8	15	5	39	13	Estudios Superiores	10	10	7	7	17	17
Ninguno	27	9	13	4.3	40	13.3	Ninguno	5	5	1	1	6	6
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 4 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 4 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
ESCOLARIDAD	n	%	n	%	n	%	ESCOLARIDAD	n	%	n	%	n	%
Primaria	37	37	16	16	53	53	Primaria	31	31	5	5	36	36
Secundaria	5	5	2	2	7	7	Secundaria	14	14	4	4	18	18
Diversificado	5	5	3	3	8	8	Diversificado	21	21	1	1	22	22
Estudios Superiores	3	3	2	2	5	5	Estudios Superiores	11	11	6	6	17	17
Ninguno	19	19	8	8	27	27	Ninguno	3	3	4	4	7	7
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 5
OCUPACIÓN REALIZADA POR LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2002.

Cuadro No 5	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 5 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
Ocupación	n	%	n	%	n	%	Ocupación	n	%	n	%	n	%
Empleado o profesional	25	8.3	7	2.3	32	10.6	Empleado o profesional	12	12	5	5	17	17
Obrero O Artesano	8	2.7	19	6.3	27	9.	Obrero O Artesano	5	5	3	3	3	8
Labores del hogar	122	40.7	1	0.3	123	41	Labores del hogar	45	45	0	0	45	45
Campesino	1	0.3	1	0.3	2	0.6	Campesino	0	0	1	1	1	1
Otros / Ninguno	63	21	53	17.6	116	38.6	Otros / Ninguno	8	8	21	21	29	29
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 5 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 5 c	Grupo de gimnasia Ritmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino	Masculino				
Ocupación	n	%	n	%	n	%	Ocupación	n	%	n	%	n	%
Empleado o profesional	1	1	0	0	2	2	Empleado o profesional	12	12	2	2	14	14
Obrero O Artesano	3	3	0	0	6	6	Obrero O Artesano	0	0	16	16	16	16
Labores del hogar	15	15	0	0	15	15	Labores del hogar	62	62	1	1	63	63
Campesino	0	0	0	0	0	0	Campesino	1	1	0	0	2	0
Otros / Ninguno	50	50	31	31	81	81	Otros / Ninguno	5	5	1	1	6	6
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 6
INGRESO MENSUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
 DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
 ABRIL 2,002.

Cuadro No 5	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 6 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
Ingreso Mensual	n	%	n	%	n	%	Ingreso Mensual	n	%	n	%	n	%
Menos De Q100.00	16	5.3	2	0.7	18	6	Menos De Q100.00	6	6	0	0	6	6
Q 100. A 999.99	50	16.6	10	3.4	60	20	Q 100. A 999.99	34	34	6	6	40	40
Q 1,000 A 1,999.99	48	16	21	7	69	23	Q 1,000 A 1,999.99	25	25	19	19	44	44
Q 2,000 O Mas	14	4.7	7	2.3	21	7	Q 2,000 O Mas	5	5	5	5	10	10
Ninguno	91	30.3	41	13.7	132	44	Ninguno	0	0	0	0	0	0
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 6 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 6 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
Ingreso Mensual	n	%	n	%	n	%	Ingreso Mensual	n	%	n	%	n	%
Menos De Q100.00	7	7	0	0	7	7	Menos De Q100.00	3	3	2	2	5	5
Q 100. A 999.99	4	4	2	2	6	6	Q 100. A 999.99	12	12	2	2	14	14
Q 1,000 A 1,999.99	3	3	0	0	3	3	Q 1,000 A 1,999.99	20	20	2	2	22	22
Q 2,000 O Mas	0	0	0	0	0	0	Q 2,000 O Mas	9	9	2	2	11	11
Ninguno	55	55	29	29	84	84	Ninguno	36	36	12	12	48	48
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 7
INGRESO MENSUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002.

Cuadro No 7	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 7 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
Actividad Actual	n	%	n	%	n	%	Actividad Actual	n	%	n	%	n	%
Trabaja	10	3.3	1	0.3	11	3.6	Trabaja	0	0	0	0	0	0
Jubilado	104	34.7	34	11.3	138	4.6	Jubilado	70	70	30	30	100	100
No Trabaja	105	35	46	15.3	151	50.3	No Trabaja	0	0	0	0	0	0
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	30
Cuadro No 7 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 7 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
Actividad Actual	n	%	n	%	n	%	Actividad Actual	n	%	n	%	N	%
Trabaja	6	6	0	0	6	6	Trabaja	4	4	1	1	5	5
Jubilado	9	9	1	1	10	10	Jubilado	25	25	3	3	28	28
No Trabaja	54	54	30	30	84	84	No Trabaja	51	51	16	16	67	67
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 8
LUGAR EN EL QUE VIVEN LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2002.

Cuadro No 8	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 8 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
Lugar en el que vive	n	%	n	%	N	%	Lugar en el que vive	n	%	n	%	n	%
Familia	132	44	38	12.7	170	56.7	Familia	59	59	25	25	84	84
Amigos	2	0.6	7	2.3	9	2.9	Amigos	0	0	3	3	3	3
Solo O Institución	85	28.3	36	12	121	40.3	Solo O Institución	11	11	2	2	13	13
Institución No Gratuita	0	0	0	0	0	0	Institución No Gratuita	0	0	0	0	0	0
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 8 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 8 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
Lugar en el que vive	n	%	n	%	N	%	Lugar en el que vive	n	%	n	%	n	%
Familia	0	0	0	0	0	0	Familia	73	73	13	13	86	86
Amigos	0	0	0	0	0	0	Amigos	2	2	4	4	6	6
Solo O Institución	69	69	31	31	100	100	Solo O Institución	5	5	3	3	8	8
Institución No Gratuita	0	0	0	0	0	0	Institución No Gratuita	0	0	0	0	0	0
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 9
 PRESENCIA DE MORBILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES
 DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
 ABRIL 2,002.

Cuadro No 9	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 9 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
morbilidad	n	%	n	%	n	%	morbilidad	n	%	n	%	n	%
Si	161	53.6	59	19.7	220	73.4	Si	65	65	25	25	90	90
No	58	19.3	22	7.3	80	26.6	No	5	5	5	5	10	10
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 9 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 9 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino	Masculino				
morbilidad	n	%	n	%	n	%	morbilidad	n	%	n	%	n	%
Si	58	58	26	26	84	84	Si	38	38	8	8	46	46
No	11	11	5	5	16	16	No	42	42	12	12	54	54
total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 10
 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES
 DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
 ABRIL 2,002.

Cuadro No 10	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 10 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
Vivienda	n	%	n	%	N	%	Vivienda	n	%	N	%	n	%
Propia	139	46.3	49	16.3	188	62.7	Propia	55	55	28	28	83	83
Alquilada	80	26.7	32	10.6	112	37.3	Alquilada	15	15	2	2	17	17
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 10 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 10 c	Grupo de gimnasia Ritmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino	Masculino				
Vivienda	n	%	n	%	n	%	Vivienda	n	%	n	%	n	%
Propia	10	10	5	5	15	15	Propia	74	74	16	16	90	90
Alquilada	59	59	26	26	85	85	Alquilada	6	6	4	4	10	10
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 11
TALLA DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002.

Cuadro No 11	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 11 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
TALLA MTS	n	%	n	%	n	%	TALLA MTS	n	%	n	%	n	%
1.30 1.40	44	13.6	4	1.3	44	14.9	1.30 1.40	4	4	0	0	4	4
1.41 1.50	62	20.7	8	2.7	70	23.4	1.41 1.50	21	21	2	2	23	23
1.51 1.60	84	28	36	12	120	40	1.51 1.60	35	35	11	11	46	46
1.61 1.70	31	10.4	29	9.7	60	20.1	1.61 1.70	10	10	13	13	23	23
1.70 O MAS	1	0.3	4	1.3	5	1.6	1.70 O MAS	0	0	4	4	4	4
TOTAL	219	73	81	27	300	100	TOTAL	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 11 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 11 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
TALLA MTS	n	%	n	%	n	%	TALLA MTS	n	%	n	%	n	%
1.30 1.40	30	30	2	2	32	32	1.30 1.40	7	7	2	2	9	9
1.41 1.50	21	21	4	4	25	25	1.41 1.50	20	20	2	2	22	22
1.51 1.60	9	9	15	15	24	24	1.51 1.60	40	40	10	10	50	50
1.61 1.70	8	8	10	10	18	18	1.61 1.70	13	13	6	6	19	19
1.70 O MAS	1	1	0	0	1	1	1.70 O MAS	0	0	0	0	0	0
TOTAL	69	69	31	31	100	100	TOTAL	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 12
 PESO DE LOS ADULTOS MAYORES
 DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
 ABRIL 2,002

Cuadro No 12	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 12 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
PESO KG	n	%	n	%	n	%	PESO KG	n	%	n	%	n	%
30-40	20	6.7	8	2.6	28	9.3	30-40	0	0	0	0	0	0
41 50	37	12.3	13	4.3	50	16.6	41 50	13	13	1	1	14	14
51-60	57	19	20	6.7	77	25.7	51-60	21	21	6	6	27	27
61 -70	90	30	28	9.3	118	39.3	61 -70	21	21	17	17	38	38
70 O MAS	15	5	12	4	27	9	70 O MAS	15	15	6	6	21	21
TOTAL	219	73	81	27	300	100	TOTAL	70	70	30	30	10	100
Cuadro No 12 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 12 c	Grupo de gimnasia Ritmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino	Masculino				
PESO KG	n	%	n	%	n	%	PESO KG	n	%	n	%	N	%
30-40	18	18	5	5	23	23	30-40	2	2	3	3	5	5
41 50	16	16	9	9	25	25	41 50	8	8	3	3	11	11
51-60	17	17	10	10	27	27	51-60	19	19	4	4	23	23
61 -70	18	18	7	7	25	25	61 -70	51	51	4	4	55	55
70 O MAS	0	0	0	0	0	0	70 O MAS	0	0	6	6	6	6
TOTAL	69	69	31	31	100	100	TOTAL	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 13
ÍNDICE DE MASA CORPULAR DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002

Cuadro No 13	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 13 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
IMC	n	%	n	%	n	%	IMC	n	%	n	%	n	%
< 19	21	7	7	2.42	28	9.4	< 19	2	2	0	0	2	0
19 a < 21	29	9.7	10	3.3	39	13	19 a < 21	6	6	2	2	8	8
21 a 23	38	12.6	18	6	56	18.6	21 a 23	12	12	5	5	17	17
>23	131	43.7	46	15.3	177	59	>23	50	50	23	23	73	73
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 13 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 13 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino	Masculino				
IMC	n	%	n	%	n	%	IMC	n	%	n	%	n	%
< 19	15	15	6	6	21	21	< 19	4	4	1	1	5	5
19 a < 21	18	18	6	6	24	24	19 a < 21	5	5	2	2	7	7
21 a 23	12	12	10	10	22	22	21 a 23	14	14	3	3	17	17
>23	24	24	9	9	33	3.3	>23	57	57	14	14	71	71
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 14
CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002.

Cuadro No 14	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 14 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL	n	%	n	%	n	%	CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL	n	%	n	%	n	%
<21	21	7	2	0.7	23	7.7	<21	10	10	0	0	10	10
21 a <23	50	17	39	13	89	30	21 a <23	20	20	15	15	35	35
>23	146	49	40	13.3	186	62.3	>23	40	40	15	15	55	55
total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 14 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 14 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL	n	%	n	%	n	%	CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL	n	%	n	%	n	%
<21	10	10	0	0	10	10	<21	3	3	2	2	5	5
21 a <23	21	21	21	21	42	42	21 a <23	9	9	3	3	12	12
>23	38	38	10	10	48	48	>23	68	68	15	15	83	83
total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 15
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002

Cuadro No 15	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 15 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
CIRCUNFERENCIA DE PANTORILLA	n	%	n	%	n	%	CIRCUNFERENCIA DE PANTORILLA	n	%	n	%	n	%
< 31 cms	85	28.3	44	14.7	129	43	< 31 cms	30	30	20	20	50	50
>31 cms	134	44.7	37	12.3	171	57	>31 cms	40	40	10	10	50	50
TOTAL	219	73	81	27	300	100	TOTAL	70	70	30	30	100	100
	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl							Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte					
Cuadro No 15 b	FEMENINO		Masculino		TOTAL		Cuadro No 15 c	Femenino		Masculino		TOTAL	
CIRCUNFERENCIA DE PANTORILLA	n	%	n	%	n	%	CIRCUNFERENCIA DE PANTORILLA	n	%	n	%	n	%
< 31 cms	41	41	18	18	59	59	< 31 cms	14	14	6	6	20	20
>31 cms	28	28	13	13	41	41	>31 cms	66	66	14	14	80	80
TOTAL	69	69	31	31	100	100	TOTAL	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 16
 PERDIDA DE PESO DE LOS ADULTOS MAYORES
 DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
 ABRIL 2,002

Cuadro No 16	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 16 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
Perdida de peso en los últimos 3 meses	n	%	n	%	n	%	Perdida de peso en los últimos 3 meses	n	%	n	%	n	%
mas de 3 Kg	48	16	4	1.4	52	17.4	mas de 3 Kg.	10	10	2	2	12	12
No sabe	50	16.6	24	8	74	24.6	No sabe	7	7	1	1	8	8
1 a 3 Kg.	37	12.4	19	6.3	56	18.7	1 a 3 Kg.	20	20	11	11	31	31
sin perdida de peso	84	28	34	11.3	118	39.3	sin perdida de peso	33	33	16	16	49	49
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 16 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 16 c	Grupo de gimnasia Ritmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino	Masculino				
Perdida de peso en los últimos 3 meses	n	%	n	%	n	%	Perdida de peso en los últimos 3 meses	n	%	n	%	n	%
mas de 3 Kg.	17	17	0	0	17	17	mas de 3 Kg.	21	21	2	2	23	23
No sabe	28	28	18	18	46	46	No sabe	15	15	5	5	20	20
1 a 3 Kg.	8	8	5	5	13	13	1 a 3 Kg.	9	9	3	3	12	12
sin perdida de peso	16	16	8	8	24	24	sin perdida de peso	35	35	10	10	35	35
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 17
TOMA DE MEDICAMENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2002.

Cuadro No 17	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 17 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
TOMA MAS DE TRES MEDICAMENTOS	n	%	n	%	n	%	TOMA MAS DE TRES MEDICAMENTOS	n	%	n	%	n	%
SI	126	42	42	14	168	56	SI	49	49	15	15	64	64
NO	93	31	39	13	132	44	NO	21	21	15	15	36	36
TOTAL	219	73	81	27	300	100	TOTAL	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 17 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 17 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino	Masculino				
TOMA MAS DE TRES MEDICAMENTOS	n	%	n	%	n	%	TOMA MAS DE TRES MEDICAMENTOS	n	%	n	%	n	%
SI	47	47	17	17	64	64	SI	30	30	10	10	40	40
NO	22	22	14	14	36	36	NO	50	50	10	10	60	60
TOTAL	69	69	31	31	10	100	TOTAL	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 18
COMIDAS COMPLETAS DIARIAS REALIZADAS POR LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002.

Cuadro No 18	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 18 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
COMIDAS COMPLETAS DIARIAMENTE	n	%	n	%	n	%	COMIDAS COMPLETAS DIARIAMENTE	n	%	n	%	n	%
1 comida	0	0	0	0	0	0	1 comida	0	0	0	0	0	0
2 comidas	39	13	7	2.3	46	15.3	2 comidas	15	15	3	3	18	18
3 comidas	180	60	74	24.7	254	84.7	3 comidas	55	55	27	27	82	82
Total	219	73	81	27	300	100	total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 18 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 18 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino	Masculino				
COMIDAS COMPLETAS DIARIAMENTE	n	%	n	%	n	%	COMIDAS COMPLETAS DIARIAMENTE	n	%	n	%	n	%
1 comida	0	0	0	0	0	0	1 comida	0	0	0	0	0	0
2 comidas	17	17	0	0	17	17	2 comidas	7	7	4	4	11	11
3 comidas	52	52	31	31	83	83	3 comidas	73	73	16	16	89	89
total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 19

CAPACIDAD DE MOVIMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2002

Cuadro No 19	POBLACIÓN GENERAL						Cuadro No 19 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados					
	Femenino		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
MOVILIDAD	n	%	n	%	n	%	MOVILIDAD	n	%	n	%	n	%
No puede levantarse ni salir	1	0.3	2	0.7	3	1.0	No puede levantarse ni salir	0	0	0	0	0	0
Puede levantarse pero no salir	65	21.7	15	5	80	26.7	Puede levantarse pero no salir	16	16	4	4	20	20
Puede salir	153	51	64	21.3	217	72.3	Puede salir	54	54	26	26	80	80
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 19 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl						Cuadro No 19 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte					
	FEMENINO		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
MOVILIDAD	n	%	n	%	n	%	MOVILIDAD	n	%	n	%	n	%
No puede levantarse ni salir	1	1	2	2	3	3	No puede levantarse ni salir	0	0	0	0	0	0
Puede levantarse pero no salir	47	47	10	10	57	57	Puede levantarse pero no salir	2	2	1	1	3	3
Puede salir	21	21	19	19	40	40	Puede salir	78	78	19	19	97	97
Total	69	69	69	69	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 20

REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS POR PROBLEMAS DIGESTIVOS,
DE MASTICACION DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA, ABRIL 2,002.

Cuadro No 20	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 20 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino	Masculino				
HA REDUCICO EL CONSUMO DE ALIMENTOS POR PROBLEMAS DIGESTIVOS O DIFICULTAD PARTA MASTICAR	n	%	n	%	n	%	HA REDUCICO EL CONSUMO DE ALIMENTOS POR PROBLEMAS DIGESTIVOS O DIIFICULTA PARA MASTICAR	n	%	n	%	n	%
Gran falta de aperito	13	4.33	8	2.6	21	6.9	Gran falta de aperito	2	2	1	1	3	3
Moderado	91	30.3	35	11.7	126	42	Moderado	40	40	15	15	55	55
Sin falta de aperito	115	38.6	38	12.7	153	51	Sin falta de aperito	28	28	14	14	42	42
Total	219	73	81	27	300	100	total	70	70	30	30	100	100
	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl							Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte					
Cuadro No 20 b	FEMENINO		Masculino		TOTAL		Cuadro No 20 c	Femenino		Masculino		TOTAL	
HA REDUCICO EL CONSUMO DE ALIMENTOS POR PROBLEMAS DIGESTIVOS O DIIFICULTA PARA MASTICAR	n	%	n	%	n	%	HA REDUCICO EL CONSUMO DE ALIMENTOS POR PROBLEMAS DIGESTIVOS O DIIFICULTA PARA MASTICAR	n	%	n	%	n	%
Gran falta de aperito	10	10	5	5	15	15	Gran falta de aperito	1	1	2	2	3	3
Moderado	39	39	16	16	55	55	Moderado	12	12	4	4	16	16
Sin falta de aperito	20	20	10	10	30	30	Sin falta de aperito	67	67	14	14	81	81
Total	69	69	31	31	100	100	total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 21
 MANERA DE ALIMENTARSE DE LOS ADULTOS MAYORES
 DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA ,
 ABRIL 2002.

Cuadro No 21	POBLACIÓN GENERAL						Cuadro No 21 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados					
	Femenino		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
Manera de alimentarse	n	%	n	%	n	%	Manera de alimentarse	n	%	n	%	n	%
incapaz de comer sin ayuda	3	1	0	0	3	1	incapaz de comer sin ayuda	0	0	0	0	0	0
come con ayuda	14	4.7	7	2.3	21	7	come con ayuda	0	0	0	0	0	0
come sin ayuda	202	67.3	74	24.7	276	92	come sin ayuda	70	70	30	30	100	100
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 21 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl						Cuadro No 21 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte					
	FEMENINO		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
Manera de alimentarse	n	%	n	%	n	%	Manera de alimentarse	n	%	n	%	n	%
incapaz de comer sin ayuda	3	3	0	0	3	3	incapaz de comer sin ayuda	0	0	0	0	0	0
come con ayuda	7	7	5	5	12	12	come con ayuda	7	7	2	2	9	9
come sin ayuda	59	59	26	26	85	85	come sin ayuda	73	73	18	18	91	91
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 22
CONSUMO DE LIQUIDO DIARIO DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2002.

Cuadro No 22	POBLACIÓN GENERAL						Cuadro No 22 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados					
	Femenino		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
Cuanto liquido consume diariamente	n	%	n	%	n	%	Cuanto liquido consume diariamente	n	%	n	%	n	%
menos de 3 tazas	35	11.7	25	8.3	60	20	menos de 3 tazas	6	6	3	3	9	9
3 a 5 tazas	94	31.3	38	12.7	12.7	44	3 a 5 tazas	34	34	15	15	49	49
mas de 5 tasas	90	30	18	6	6	36	mas de 5 tasas	30	30	12	12	42	42
TOTAL	219	73	81	27	300	100	TOTAL	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 22 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl						Cuadro No 22 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte					
	FEMENINO		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
Cuanto liquido consume diariamente	n	%	n	%	n	%	Cuanto liquido consume diariamente	n	%	n	%	n	%
menos de 3 tazas	21	21	16	16	37	37	menos de 3 tazas	8	8	6	6	14	14
3 a 5 tazas	33	33	15	15	48	48	3 a 5 tazas	27	27	8	8	35	35
mas de 5 tasas	15	15	0	0	15	15	mas de 5 tasas	45	45	6	6	51	51
TOTAL	69	69	31	31	100	100	TOTAL	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 23
 PERCEPCIÓN DE ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
 DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
 ABRIL 2,002.

Cuadro No 23	POBLACIÓN GENERAL						Cuadro No 23 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados					
	Femenino		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
Percepción del estado nutricional	n	%	n	%	n	%	Percepción del estado nutricional	n	%	n	%	n	%
Desnutrición severa	7	2.3	1	0.3	8	2.6	Desnutrición severa	2	2	0	0	2	2
No sabe	68	20.7	28	9.3	96	32.0	No sabe	20	20	9	9	29	29
Sin problemas	144	48.1	52	17.3	196	65.4	Sin problemas	48	48	21	21	69	69
total	219	73	81	27	300	100	total	70	70	30	30	100	100
Cuadro No 23 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl						Cuadro No 23 c	Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte					
	FEMENINO		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
Percepción del estado nutricional	n	%	n	%	n	%	Percepción del estado nutricional	n	%	n	%	n	%
Desnutrición severa	3	3	0	0	3	3	Desnutrición severa	2	2	1	1	3	3
No sabe	28	28	12	12	40	40	No sabe	20	20	7	7	27	27
Sin problemas	38	38	19	19	57	57	Sin problemas	58	58	12	12	70	70
total	69	69	31	31	100	100	total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

Cuadro No 24
 PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES
 DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
 ABRIL 2,002.

Cuadro No 24	POBLACIÓN GENERAL						Cuadro No 24 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados					
	Femenino		Masculino		TOTAL			Femenino		Masculino		TOTAL	
Comparando su estado de salud	n	%	n	%	n	%	Comparando su estado de salud	n	%	n	%	n	%
No tan bueno	70	23.3	24	8	94	31.3	No tan bueno	26	26	10	10	36	36
No sabe	16	5.4	5	1.7	21	7	No sabe	5	5	1	1	6	6
Igual de bueno	91	30.3	40	13.3	131	43.7	Igual de bueno	34	34	15	15	49	49
Mejor	42	14	12	4	54	18	Mejor	5	5	4	4	9	9
Total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	30	100	100
	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl							Grupo de gimnasia Rítmica del Ministerio de cultura y deporte					
Cuadro No 24 b	FEMENINO		Masculino		TOTAL		Cuadro No 24 c	Femenino		Masculino		TOTAL	
Comparando su estado de salud	n	%	n	%	n	%	Comparando su estado de salud	n	%	n	%	n	%
No tan bueno	36	36	10	10	46	46	No tan bueno	8	8	4	4	12	12
No sabe	6	6	12	12	18	18	No sabe	5	5	2	2	7	7
Igual de bueno	16	16	15	15	31	31	Igual de bueno	41	41	10	10	51	51
Mejor	11	11	4	4	15	15	Mejor	26	26	4	4	30	30
Total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

CUADRO No 25
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
DE TRES DIFERENTES CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA,
ABRIL 2,002.

Cuadro No 25	POBLACIÓN GENERAL				TOTAL		Cuadro No 25 a	Centro De Atención Médica Integrada Para Pensionados				TOTAL	
	Femenino		Masculino					Femenino		Masculino			
Estado nutricional	n	%	n	%	n	%	Estado nutricional	n	%	n	%	n	%
Bien nutrido	93	31	26	8.7	119	39.7	Bien nutrido	27	27	11	27	38	38
Riesgo de desnutrición	87	29	45	15.5	132	44	Riesgo de desnutrición	40	40	19	40	59	59
Desnutrido	39	13	10	3.3	49	16.3	Desnutrido	3	3	3	3	6	6
total	219	73	81	27	300	100	Total	70	70	30	70	100	100
Cuadro No 25 b	Hogares para ancianos san Vicente De Paúl				TOTAL		Cuadro No 25 c	Grupo de gimnasia Ritmica del Ministerio de cultura y deporte				TOTAL	
	FEMENINO		Masculino					Femenino		Masculino			
Estado nutricional	n	%	n	%	n	%	Estado nutricional	n	%	n	%	n	%
Bien nutrido	7	7	2	2	9	9	Bien nutrido	59	59	13	13	72	72
Riesgo de desnutrición	29	29	22	22	51	51	Riesgo de desnutrición	18	18	4	4	22	22
Desnutrido	33	33	7	7	40	40	Desnutrido	3	3	3	3	6	6
total	69	69	31	31	100	100	Total	80	80	20	20	100	100

FUENTE DATOS

TOMADOS DE TEST DE EVALUACION NUTRICIONAL GERIÁTRICO

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio ha evaluado el estado nutricional a una población de 300 adultos mayores comprendidos en el rango de 60 a 94 años de edad, pertenecientes a tres diferentes centros asistenciales, para lo cual se utilizó como medio de evaluación el test de mini evaluación nutricional geriátrico con la boleta correspondiente de datos socioeconómicos.

A. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

En relación al sexo y la edad, como se demostró en los cuadros (No. 1 y 2), la población Adulta Mayor en general es de predominio femenino y mayor longevidad, como se expone en la literatura consultada.

En el intervalo de 60 a 70 años de edad, se encontró la mayor representatividad, lo cual concuerda con la esperanza de vida de nuestro país que es de 65 años. (8)

Este intervalo de edad se presentó con similares características dentro de las instituciones asistenciales de CAMIP y el Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura Y Deportes. El grupo de Adultos Mayores, con mayor edad lo representa la población de los Hogares Para Ancianos San Vicente de Paúl. Para aquí el promedio de edad es 81-90 años de edad

Se sabe que el nivel de educación en cierta manera hace que el Adulto Mayor se sienta más satisfecho, pues puede contar con conocimientos que le permitan enriquecer y aprovechar las oportunidades para una mejor calidad de vida.

El grado de alfabetismo encontrado en los grupos de estudio es del 83%. (ver cuadro No.3) El cuarenta y tres por ciento de la población general, alcanzó estudios de escuela primaria, 14% a 16.7% logro estudios de nivel medio, 13.3% llegó a tener estudios superiores y solo el 13% no realizó ningún grado escolar.

El nivel de estudios superiores se tuvo en un mayor porcentaje dentro de la población correspondiente a los centros asistenciales CAMIP y el Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura Y Deportes. Se evidenció un mayor número de personas analfabetas en Los Hogares Para Ancianos San Vicente de Paúl.

Al ser interrogados acerca del estado civil en el que se encontraban los tres grupos de estudio, 31% respondió estar casados, 26 % son solteros, 20% son viudos, 13% son divorciados y solo el 9% se encontró en unión libre.

La viudez fue el estado civil que predominó en los pobladores de CAMIP, los solteros y divorciados se hallaron en Los Hogares Para Ancianos San Vicente De Paúl mientras que los casados son los del Grupo de Gimnasia Rítmica Del Ministerio De Cultura y Deportes.

El censo del año 1994, reportó que la población Adulta Mayor estuvo integrada a la economía activa de nuestro país y su remuneración económica percibida coincide con su calidad de vida.(6)

De la ocupación realizada por los tres grupos, en los cuadros (No. 5,6,7.) 41% de la población general se dedica a labores del hogar, 10.6% son empleados, 9% son artesanos, 38% no tiene ninguna ocupación.

Los Adultos Mayores que realizan labores del hogar y las personas trabajadoras fueron halladas de igual forma en los senescentes de CAMIP y el Grupo de Gimnasia Rítmica Del Ministerio de Cultura y Deportes. Los que no tuvieron ninguna ocupación corresponden a Los Hogares De Para Ancianos San Vicente de Paúl.

Los jubilados de CAMIP son lo que perciben el mayor ingreso mensual, el cual se encuentra entre Q.1,000.00 a Q.2,000.00, en segundo lugar esta el Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura y Deportes con un ingreso Q,.100.00 a Q.1,000.00, y no obtienen ningún ingreso mensual, los Adultos Mayores De Los Hogares Para Ancianos De San Vicente De Paúl.

El ambiente de convivencia social de la población general se da en la siguiente manera: 56.7% vive con su familia, el 40.3% vive solo o en una institución no gratuita y 2.9% vive con amigos.

La convivencia familiar se manifestó en una proporción mayor dentro de CAMIP y el Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio De Cultura y Deportes, careciendo de ésta los pobladores de Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl.

De los bienes que posee los tres grupos de estudio, el 62.7% respondió poseer casa propia. Los que poseen casa propia son los el Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura y Deportes y CAMIP con porcentajes de 83% y 90% respectivamente; y solo el 15% de la población de los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl.

El 73% de la población general presentó morbilidad, siendo el grupo de Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl los mas afectados, seguido de CAMIP y en tercer lugar el Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio De Cultura y Deportes.

El tipo de morbilidad se dio de igual forma en ambos sexos, siendo en su mayoría los problemas digestivos y de la masticación, enfermedades degenerativas, osteomusculares, cardiovasculares.

B. EVALUACION NUTRICIONAL

1. valoración antropométrica

El envejecimiento es un proceso normal donde hay una distribución de tejido adiposo y masa corporal, que se relaciona en forma directa con el peso, la talla, la circunferencia braquial y de pantorrilla, como con la pérdida de peso. (17)

El 39 % de la población general de Adultos Mayores, tuvo un peso de 60-70 Kg., 25 % de 51- 60 Kg., 16% entre 41 –50 Kg. El intervalo de peso intermedio (51-60 Kg.), correspondió a los senescentes de CAMIP, el peso de menor intervalo (30-40 Kg.) son para los Adultos Mayores de Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl, el Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio De Cultura y Deportes, se colocó en el intervalo de mayor peso (61-70 Kg.).

El 40 % de los grupos de estudio tiene un intervalo de talla entre 1.51-1.60 mts. En Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl, se encuentran las tallas mas bajas (1.30 a 1.40 mts.). Esto se puede explicar debido a que estas personas son las de mayor edad y los cambios naturales asociados al envejecimiento unidos con que, a mayor edad, mayor pérdida de talla en una relación de 0.9 a 1.4 centímetros por década vivida. (17) Lo anterior se debe a los cambios estructurales de los discos intervertebrales y cuerpos vertebrales que inciden en la postura del ser humano.

El Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura y Deportes fue el que presentó las tallas más altas, debido a que son los Adultos Mayores mas jóvenes en edad, lo cual les permite efectuar una mejor y mayor rutina de actividad física, teniendo como resultado un menor grado de atrofia de la masa magra y ósea.

La circunferencia braquial y de la pantorrilla se utiliza como indicativo de la masa magra corporal. El 63% de la población general presentó una circunferencia braquial mayor o igual a 23 cms.

Un rango de circunferencia braquial de 21 a 23 cms se obtuvo en CAMIP, Los Hogares Para Ancianos De San Vicente De Paúl, tuvieron una circunferencia braquial menor de 21 cms, el grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura y Deportes, su circunferencia braquial fue mayor de 23 cms.

El 57% de la población Adulta Mayores, tiene la circunferencia de pantorrilla mayor de 31 cms , y 43% menor de 31 cms. En el grupo asistencial de CAMIP, el 50 % obtuvo una circunferencia mayor de 31 cms. Siendo de igual forma para los otros grupos.

El índice de masa corporal es la relación entre el peso expresado en kilogramos y la talla al cuadrado expresada en metros, y es el parámetro utilizado para valorar el estado nutricional de cualquier población. El 59% de la población Adulta Mayor en promedio tiene un índice de masa corporal mayor de 23 kg/mts cuadrado considerado normal.

Analizando cada grupo poblacional CAMIP presentó un índice de masa corporal entre 21 y 23 kg/mts cuadrado, siendo el índice de masa corporal menor de 19 kg/mts cuadrado para los Hogares San Vicente de Paúl. El Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura Y Deporte tuvo un índice de masa corporal mayor de 23 cms.

De las interrogantes proporcionadas por el test de mini evaluación nutricional geriátrico, en lo que se refería la pérdida de peso en los últimos tres meses, el 39% de la población general, comentó no tener pérdida de peso, 24 % dijo que no sabía, 17.4% perdió mas de 3 Kg. y el 18% perdió 1 a 3 Kg.

La población de CAMIP fue la que respondió que no tuvo perdida de peso en mayor porcentaje, en Los Hogares Para Ancianos San Vicente De Paúl, fueron los que más dijeron que no sabían si tuvieron perdido de peso. El Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio De Cultura Y Deportes, manifestarán tener pérdida de peso mayor de 3 Kg. en los tres últimos meses, posiblemente a la actividad física que realizan.

2. Valoración Dietética

La historia dietética de un Adulto Mayor debe abarcar una encuesta de hábitos que refleje las costumbres alimenticias, la secuencia de comidas, modalidades y costumbres culinarias. El Adulto Mayor se ve afectado en su dieta diaria debido a que muchas veces el anciano o sus cuidadores habituales desconocen la calidad a que debe tener la dieta en estas edades.

Respondiendo al interrogante de su autonomía para alimentarse, el 92% de la población Adulta Mayor contestó que puede comer sin ningún tipo de ayuda, el 84 % manifestó hacer 3 comidas completas diarias. CAMIP, en Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl, hacen más de dos comidas. El Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio De Cultura Y Deportes refería hacer 3 comidas completas .

El 44% de la población general manifestó solo ingerir 3 a 5 tasas de liquido, En CAMIP se expresaron de la misma manera. La ingesta de menor cantidad de liquida consumida fue para el de Los Hogares Para Ancianos San Vicente de Paúl Adultos Mayores, en oposición al Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura Y Deportes, ya que fueron los que más liquido tomaron, debido al grado mayor de actividad física que realizaban.

La capacidad de movilidad de la población en general fue evaluado y el 72.3% respondió que pueden salir solos a la calle. Las instituciones de CAMIP y El Grupo de Gimnasia Rítmica fueron los que más salieron a la calle sin compañía de otra persona. El 57% de la población de Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl, fue el que reportó que no podía salir a la calle debido a sus múltiples problemas físicos.

Frecuentes son los problemas dentales. en forma de pérdida dental o prótesis no bien adaptadas, que comprometen la masticación e inciden en una inadecuada selección de alimentos, logrando una menor absorción de los nutrientes. El 51% de la población general manifestó, que no había reducido el consumo de alimentos ni perdido el apetito.

Sin embargo el grupo de CAMIP, (55% de su población) había reducido el consumo de alimentos y manifestó pérdida de apetito. En Los Hogares Para Ancianos San Vicente de Paúl, 50 % dijo que fue moderada la disminución de alimentos y del apetito, y en el Grupo del Ministerio de Cultura y Deportes el 51 % de su población dijo no tener pérdida del apetito.

Los medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades crónicas pueden ser anorexigénicos o impedir la absorción de alimentos; por lo que el 56 % de la población manifestó tomar más de 3 medicamentos; la mitad de la población de CAMIP dijo tomar mas de 3 medicamentos. En Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl es moderada la toma de medicamentos, mientras que el Grupo del Ministerio de Cultura y Deportes fue el que menor cantidad de medicamentos consume.

3. Autovaloración general

El 27% de la población, en el censo del año de 1994, manifestó que su salud era buena, y el 90 % consideró que su estado de nutrición era adecuado.

La población de estudio en general, respondió que su estado de salud es bueno en 43.7%, 31% dice que no es tan bueno y 30% dijo no saber.

Las personas Adultas Mayores que contestaron tener un mejor estado de salud en comparación con las personas de su edad, fueron los del Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura y Deportes; los que dijeron que su estado de salud no era tan bueno, fueron los de Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl, mientras que en CAMIP hubo igualdad de criterio, en decir que su estado de salud era malo o no tan bueno.

El 65 % de la población en general considera que su estado de nutrición no tiene ningún problema. Esta respuesta fue similar en los tres grupos estudiados.

C. VALORACIÓN GLOBAL DEL ESTADO NUTRICIONAL.

La malnutrición proteico energética es un problema frecuente en la población anciana, y pone de manifiesto las diferencias entre el lugar de convivencia (residencia, hospital o domicilio), y el grado de salud del Adulto Mayor (sano, frágil o enfermo).

Cabe señalar que ningún parámetro medido en forma aislada puede por si solo, establecer el diagnóstico nutricional o cuantificar una desnutrición, sino que es la suma de todos los factores de valoración antropométrica, socioeconómica y ambiental las que mejor estimarán el estado nutricional de los Adultos Mayores.

El 44 % de la población en general de los grupos evaluados, se encuentran en riesgo de desnutrición, 39.7 % están bien nutridos, el 16 % está desnutrido, siendo el sexo femenino el más afectado.

IX. CONCLUSIONES

1. De la evaluación nutricional realizada, la población Adulta Mayor General, 44% se encuentra en riesgo de desnutrición, 39.7 % bien nutrida y solo un 16.3 % con desnutrición. Lo que indica que los factores socioeconómicos, hábitos alimenticios, presencia de morbilidad y estilo de vida inciden en el estado nutricional.
2. CAMIP es la población con más riesgo de desnutrición, esta población cuenta económicamente con un nivel de ingresos mensual, trabajan, tienen acceso a la atención médica brindada por el Seguro Social, un nivel alto de alfabetismo, pero son personas enfermas, viudas, que no realizan ningún tipo de actividad física, por lo que los condiciona a ser un grupo frágil o de riesgo.
3. En Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl , es la población con el mayor grado de Adultos Mayores desnutridos, por que económicamente no tienen ningún ingreso mensual, son analfabetas, con hábitos alimentarios inadecuados, aislados o en soledad, con menor actividad física y mayor edad, deprimidos por la pérdida del cónyuge, una red de apoyo insuficiente, teniendo dificultad para poder comprar o preparar su comida, asociado al uso de medicamentos y al padecimientos de enfermedades crónicas.
4. El Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura y Deportes, fue el que presentó más Adultos Mayores bien nutridos, debido a que económicamente son estables, jóvenes, con un buen nivel de educación, menor presencia de morbilidad, un grado alto de autoestima y preocupación de su estado de salud, lo cual le permite obtener una mejor calidad alimenticia, poder realizar actividades de recreación, ejercicio físico como parte integral de su manera peculiar de envejecer.
5. En la valoración antropométrica (peso, talla, índice de masa corporal) de los Adultos Mayores, se detecto que el sexo femenino es mas vulnerable a los cambios relacionados con el envejecimiento, siendo afectado en un alto grado el Adulto Mayor Institucionalizado (Los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl.).
6. Los hábitos alimenticios de la población geriátrica de los Hogares Para Ancianos De San Vicente de Paúl, poseen una dieta monótona, inadecuada.
7. El grupo del Centro de Atención Médica Integral Para Pensionados, es el grupo que obtuvo mejor ingreso económico, mayor disponibilidad de medicamentos y tienen más atención médica.

X. RECOMENDACIONES

1. Optimizar y priorizar la evaluación nutricional en geriatría con el objetivo de determinar estados de malnutrición evidentes o subclínicos que a menudo pasan desapercibidas en exploraciones no específicas, para conocer el riesgo de malnutrición, todo lo cual permita una intervención integral precoz en la presencia de mayor morbilidad.
2. Formular políticas a nivel Gubernamental e institucional, a favor de la alimentación, del ejercicio físico, de actividades recreativas, mejorar la cobertura de atención médica como parte integral de los cuidados del grupo de Adultos Mayores.
3. Fomentar el interés de los futuros galenos por el estudio del paciente geriátrico.
4. Es evidente por tanto, que cualquier anciano que sufra una pérdida de peso progresiva o un trastorno nutricional debe ser evaluado en busca de enfermedades orgánicas, ingesta de múltiples fármacos o deterioro funcional que la provoque.

XI. RESUMEN

El actual trabajo es un estudio descriptivo transversal, que evaluó los factores que inciden en el estado nutricional en un grupo de población de sujetos Adultos Mayores de diferentes centros asistenciales de la ciudad de Guatemala, como la situación socioeconómica, hábitos alimenticios y estilo de vida.

Los lugares en donde se trabajo fueron Centro De Atención Médica Integral Para Pensionados (CAMIP), Hogares Para Ancianos San Vicente De Paúl y el Grupo de Gimnasia Rítmica del Ministerio de Cultura y Deportes, con una población total de 300 Adultos Mayores, evaluando el estado nutricional con el test de mini evaluación nutricional y la boleta de recolección de datos socioeconómicos.

El 39 % de la población general está bien nutrida, 49 % en riesgo de desnutrición y solo el 16 % desnutrido, siendo el sexo más afectado el femenino.

De las Instituciones estudiadas, los Adulto Mayores institucionalizados son los más afectados, por los diferentes factores que condicionan su estado de nutrición. Los que asisten a un Centro de Dia están en riesgo y el grupo domiciliario goza de un buen estado de nutrición.

Se recomienda la evaluación nutricional en geriatría, con el objetivo de determinar estados de malnutrición evidentes o subclínicos que a menudo pasan desapercibidos en exploraciones no específicas, para conocer el riesgo de malnutrición que permita una intervención nutricional precoz y mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Altarriba Mercader, Fransecs-Xavier **Gerontologia Aspectos Biopsicosociales del proceso de envejecimiento.** Editorial Boixareu universitaria. España 1992. Págs. 193.
2. Castellanos Pou, Adolpo. **Morbilidad Mortalidad Geriatrica.** Guatemala. 1999. Págs. 53
3. Cecil Wyngaaden, Smith. "**Tratado de Medicina Interna.**" 19. Edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A de C.V. Págs. 2777.
4. Evans, John G. Geriatric Medicine: Abrief History. "**Bristish Medical Journal.**" Vol. 315: 1075-7. 1996.
5. Darton-Hill I. "**El Envejecimiento Con Salud Y Calidad de vida.**" Revista internacional de Desarrollo Sanitario, Foro Mundial de la Salud, Vol. 16 No. 4, OMS; Págs. 381-391 .1995.
6. Gaspar Oriol. Valoración Geriátrica Integral.
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/biblio7/bsuple6.html>.
7. Girón Mena, Manuel Antonio. "**Tendencias actuales de la Gerontologia en Guatemala.**" OPS-OMS 1997. Editorial Landivar. Págs. 30.
8. Girón Mena, Manuel Antonio. "**Gerocultura.**" OPS-OMS . Guatemala. 1997. Págs. 183.
9. Girón Mena, Manuel Antonio. "**Gerontología y Geriatria Social.**" Editorial José de Pineda Ibarra. Guatemala 1994. Págs. 144.
10. Guerrero, Rodrigo. "**Epidemiología.**" Editorial Educativa Addison-Wesley. USA. 1986.
11. Instituto Nacional de Estadística (INE). "**X Censo De Población Y De Habitación.**" Guatemala. 1996. Págs. 22-25.
12. Mendoza I, **et al.**" Factores potencialmente condicionantes de hábitos alimentarios en ancianos guatemaltecos de un are periurbana". **Arch Latinoamer Nutr.** 42 (3-S): Págs. 87-91. 1999.

13. Mendoza I, ***et al.*** "**Cardiovascular Risk Factor In Communities of Guatemala**": Comparación with Framingham MA residen Ex Biol. J. 1995.
14. Procurador de los Derechos Humanos. "**Ley de protección para la Personas de la Tercera Edad**". 1ª. Edición. 1999. PHD. Págs. 18.
15. Reichel, William. „ **Aspectos Clínicos Del Envejecimiento**" . Editorial el Ateneo. Argentina 1991.
16. Salas Neumann. **Reflexiones acerca de una nueva problemática a incluir en la agenda escolar, el Adulto Mayor.** Revista Perspectiva Educacional, Instituto de Educación, Universidad Católica de Valparaíso, No. 31-32, I y II Semestres; Págs. 111-113. 1998.
17. Solomons N, ***et al.*** **Gerontology and Nutriotion in Guatemala. Age & Nutr.** Págs. 6 –121. 1995.
18. Valdez C. "Patrones de enfermedades Crónicas y uso de medicamentos en el anciano". **Rev. Med. Int.** 3(1): Págs. 3-7, Asociación de Medicina Interna de Guatemala . 1992.
19. Valdez C, ***et al.*** "Morbilidad En Ancianos De Una Comunidad Periurbana De La Ciudad Capital De Guatemala". **Rev. Med. Int.** 3(1): Págs. 8-12, Asociación de Medicina Interna de Guatemala . 1992.
20. Valdez C, ***et al.*** Estado socioeconómico y situación de salud de ancianos periurbanos de Guatemala. **Arch latinoamer Nutr,** 42(3-S): 181. 1995.
21. Valdez C, et al. "Valoración Del Estado Nutricional Y Actual Del Adulto Mayor De Guatemala". **Publicación, Asociación de Geriatria de Guatemala.** 2001.
22. Zambrano D. "**La Evaluación Del Estado Nutricional En La Tercera Edad**". 5 ed. Editorial Dia Nuevo . Colombia Págs. 25-68. 2001.

XIV. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 CICS - TESIS

BOLETA DE RECOLECCION DATOS SOCIOECONÓMICOS ADULTOS MAYORES

1 Nombre				
2 Sexo	Masculino =1	Femenino =2		
3 Escolaridad				
Primaria =1_____	Secundaria_=2_____	Diversificado =3_____	Estudios superiores =4	Ninguno =5_____
4. Estado civil				
Casado =1	Soltero =2_____	Divorciado =3_____	Unión Libre =4	Viudo =5_____
5, Ocupación				
Empleado o profesional_=1__	Obrero o artesano_=2_____	Labores De hogar =3_____	Campesino =4	Otros_=5_____
6, Actividad actual				
Trabaja =1	Jubilado o Pensionado =2__	No trabaja =3		
7, Ingreso mensual				
Menos de Q 100.00 =1_____	Q 100.00 a 999,99 =2_____	_ Q 1,000 - 1,999,99 =3_____	Q2,000 o más =4	Ninguno = 5_____
8 Lugar en el que vive				
Con la familia = 1_____	Con amigos = 2__	Solo o en una institución gratuita = 3_____	Institución no gratuita = 4	
9. Características de la vivienda				
Propia =1	Alquilada = 2			
10. Morbilidad presente				
Ninguna =1	Si = 2	**		

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 CICS-TESIS

TEST DE MINI EVALUACION NUTRICIONAL GERIATRICO

Apellidos	Nombre	Profesión	Sexo	Fecha
Edad	Peso en Kg.	Estatura cm	Nivel asistencial	
Valoración antropométrica				
1. Índice de masa corporal (imc) (peso en k)/(peso en m) ² A. Imc < 19 = 0 puntos. B. Imc 19 a < 21 = 1 puntos. C. Imc 21 a < 23 = 2 puntos. D. imc > 23 = 3 puntos.	Puntos	12. Indicadores seleccionados de la ingesta de proteínas. * al menos un servicio de productos lácteos (leche, queso, yogur) al día? Si no *dos o más servicios de legumbres o huevos a la semana? Si no *carne, pescado o pollo cada día? Si no Si 0 o 1 sí = 0.0 puntos Si 2 sí = 0.5 puntos Si 3 sí = 1.0 puntos		
2. Circunferencia del antebrazo (ca) en cm. A. Ca < 21 = 0.0 puntos B. Ca 21 < 23 = 0,5 puntos C. Ca > 22 = 3 puntos.		13. Consume 2 o más servicios de frutas o verduras al día? A. No = 0 puntos b. Sí = 1 punto		
3. Circunferencia de la pantorrilla (cp) en cm. A. Cp < 31 = 0 puntos. B. Cp > 31 = 1 puntos.		14. Ha reducido el consumo alimenticio durante los últimos tres meses debido a falta de apetito, problemas digestivos o dificultades al masticar o tragar? A. Gran falta de apetito = 0 puntos. B. Falta de apetito moderada = 1 punto. C. Sin falta de apetito = 2 puntos		
4. Pérdida de peso durante los últimos 3 meses. A. Pérdida de peso mayor de 3 Kg.(6,6lbs) = 0 puntos. B. No sabe = 1 punto. C. Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg. (2,2 y 6,6 lb.) = 2 puntos. D. Sin pérdida de peso = 3 puntos		15. Cuánto líquido (agua, zumo, café, té, leche) consume diariamente? (1 taza=1/4 litro) A. Menos de 3 tazas = 0.0 puntos B. De 3 a 5 tazas = 0.5 puntos. C. Más de 5 tazas = 1.0 puntos		

<p>Valoración global</p>		<p>16. Manera de alimentarse</p> <p>A. Incapaz de comer sin ayuda = 0 puntos.</p> <p>B. Se autolimenta con dificultad = 1 punto</p> <p>C. Se autolimenta sin ningún problema = 2 puntos</p>	
<p>5. vive independiente (no en una residencia o hospital)</p> <p>A. No = 0 puntos b. Si = 1 punto</p>		<p>Valoración subjetiva</p>	
<p>6. Toma más de 3 medicamentos al día</p> <p>A. Si = 0 puntos b. No = 1 punto</p>		<p>17. Creen que tienen problemas nutricionales?</p> <p>A. Desnutrición importante = 0 puntos</p> <p>B. No sabe o desnutrición moderada = 1 punto</p> <p>C. Sin problemas nutricionales = 2 puntos</p>	
<p>7. Ha sufrido un estrés psicológico o una enfermedad.</p> <p>A. Si = 0 puntos b. No = 2 puntos</p>		<p>18. Comparándose con gente de su misma edad, ¿cómo consideran su estado de salud?</p> <p>A. No tan bueno = 0.0 puntos b. No sabe = 0.5 puntos.</p> <p>C. Igual de bueno = 1.0 puntos.</p> <p>D. Mejor = 2.0 puntos.</p>	
<p>8. Movilidad</p> <p>A. Tiene que estar en cama o en una silla = 0 puntos.</p> <p>B. Capaz de levantarse de la cama o silla, pero no de salir = 1 punto.</p> <p>C. Puede salir = 2 puntos</p>		<p>Valoración total (máx. 30 puntos)</p>	
<p>9. Problemas neuropsicológicos</p> <p>A. Demencia o depresión grave = 0</p> <p>B. Demencia leve = 1 punto</p> <p>C. Sin problemas psicológicos = 2 puntos.</p>		<p>Puntuación indicadora de desnutrición</p> <p>> 24 puntos bien nutridos</p> <p>De 17 a 23.5 a riesgo de desnutrición</p> <p>< 17 puntos desnutrido</p>	
<p>10. Escaras o lesiones cutáneas?</p> <p>0= sí 1= no.</p>			
<p>Valoración dietética</p>			
<p>11. Cuántas comidas completas toma el paciente diariamente?.</p> <p>A. 1 comida = 0 puntos.</p> <p>B. 2 comidas = 1 punto.</p> <p>C. 3 comidas = 2 puntos.</p>			

Cuestionario "Conozca su salud nutricional".

Afirmación	Sí
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2
Tomo menos de dos comidas al día	3
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4
Como sólo la mayoría de las veces	1
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2

Si la puntuación total es:

- **0 a 2 Bueno.** Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- **3 a 5 Riesgo nutricional moderado.** Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses
- **6 o más Riesgo nutricional alto.** Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

Fuente: Adaptado por Geriatrics de *Implementing nutrition screening and intervention strategies*, Washington, DC, Nutrition Screening Initiative

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio "FACTORES QUE INCIDEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR". Tiene como objetivo determinar el estado nutricional por medidas antropométricas (talla / peso / circunferencia braquial y de pantorrilla), y relacionarlo con factores socioeconómicos, hábitos alimenticios, estilo de vida y morbilidad. El estudio no tiene ningún riesgo ya que los instrumentos a utilizar son no invasivos; se le explica al adulto mayor que puede abandonar el estudio sin ninguna responsabilidad legal o medica con los encargados. Respetando su decisión. Por lo tanto

YO _____
ACEPTO _____ **NO ACEPTO** _____

Huella digital _____
 Firma

Testigo _____
 Nombre firma

