



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD

Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en
adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Rosy Magali Ferrel Vega (ORCID: 0000-0002-1845-7469)

ASESORA:

Mg. Enma Pepita Verástegui Gálvez (ORCID: 0000-0003-1606-7229)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los servicios de salud

Trujillo -Perú

2020

Dedicatoria

A Dios, a mi madre, quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera; que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga aun cuando todo se complicaba.

Agradecimiento

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

Página del Jurado

Declaratoria de autenticidad

Yo, Rosy Magali Ferrel Vega estudiante de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, sede Trujillo; declaro que la tesis titulada “Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019”presentada, 53 folios para la obtención del grado académico de Maestra en gestión de los servicios de la salud es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo establecido por las normas de elaboración de trabajo académico.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresadamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagio.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, 10 de enero 2020



Rosy Magali Ferrel Vega
DNI: 43630731

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice.....	vi
Índice de tablas.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO	13
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	13
2.2. Operacionalización de variables	14
2.3. Población, muestra y muestreo	16
2.3.1. Población	16
2.3.2. Muestra	16
2.3.3. Muestreo.....	16
2.3.4. Unidad de Análisis.....	17
2.3.5. Criterios de Inclusión	17
2.3.6. Criterios de exclusión	17
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	17
2.4.1. Técnica.....	17
2.4.2. Instrumento:	17
2.4.3. Validez.....	18
2.4.4. Confiabilidad	18
2.5. Procedimiento.....	19
2.6. Método de análisis de datos	19
2.7. Aspectos éticos.....	19
III. RESULTADO.....	20
IV. DISCUSIÓN	29
V. CONCLUSIONES.....	32
VI. RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS	34
ANEXOS.....	38

Índice de tablas

Tabla 1 Frecuencia de las dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019.....	20
Tabla 2 Relación entre los factores sociodemográficos y las dislipidemias (según colesterol) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019	21
Tabla 3 Relación entre los factores nutricionales (IMC y hábitos alimentarios) con la dislipidemia (según colesterol) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019.	23
Tabla 4 Relación entre los factores sociodemográficos y dislipidemias (según triglicéridos) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019	25
Tabla 5 Relación entre los factores nutricionales (IMC y hábitos alimentarios) y dislipidemias (según triglicéridos) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019	27

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con la dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, en el periodo enero – julio, 2019. Esta investigación fue de diseño no experimental, descriptivo, correlacional; teniendo como población a 174 adultos mayores y la muestra estuvo constituida por 120 adultos mayores de ambos sexos; la obtención de datos se realizó mediante la técnica revisión documentaria y el instrumento guía de revisión documentaria. Como resultados tenemos que el 24,2% de la muestra de estudio presenta colesterol en límite alto y el 18.3 % colesterol alto. Además presentan trigliceridemia en limite alto (35.8%); y en el nivel alto (10.8%). A la vez se observó que no hay relación entre género y colesterol; con un 23.3% (masculino) en nivel deseable y un 6.7% (femenino) en un nivel límite alto; así mismo con el grado de instrucción y colesterol, con un máximo de 24.2% (primaria) con nivel deseable y un mínimo de 0.8% (superior) con nivel límite alto; mientras que si hay relación entre edad y colesterol con un 27.5% (64 – 75 años) en nivel deseable y un 6.7% (64-75 años) en nivel limite alto, así mismo entre estado civil y colesterol, con un 16.7% (casado) con colesterol alto, un 0.8% (soltero) con colesterol alto y a la vez un 0.8% (viudo) en límite alto. A su vez no existe relación entre género, edad, estado civil y triglicéridos; ya que presenta un nivel de significancia ($p > 0.05$); pero si hay relación con el grado de instrucción y triglicéridos con un nivel de significancia ($p < 0.05$). De la misma manera se aprecia que hay una relación significativa entre IMC y colesterol con un valor de ($p < 0.05$) mientras que no existe relación con hábitos alimentarios. También se aprecia que no hay relación entre IMC, hábitos alimentarios y triglicéridos, concluyendo que existe relación entre los factores sociodemográficos, nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, en el periodo enero – julio 2019 demostrado con una relación directa y estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Palabras Clave: Factores, sociodemográficos, nutricionales, dislipidemias

Abstract

The purpose of this research was to determine the relationship between sociodemographic and nutritional factors with dyslipidemia in older adults who attend the "Euroclinic" clinic, Trujillo, in the period January - July, 2019. This research was non-experimental, descriptive design, correlational; having as population 174 older adults and the sample consisted of 120 older adults of both sexes; Data collection was performed using the document review technique and the document review guide instrument. As a result, we have that 24.2% of the study sample has high cholesterol and 18.3% high cholesterol. They also have high limit triglyceridemia (35.8%); and at the high level (10.8%). At the same time it was observed that there is no relationship between gender and cholesterol; with 23.3% (male) at the desirable level and 6.7% (female) at a high limit level; also with the degree of instruction and cholesterol, with a maximum of 24.2% (primary) with a desirable level and a minimum of 0.8% (higher) with a high limit level; while there is a relationship between age and cholesterol with 27.5% (64-75 years) at the desirable level and 6.7% (64-75 years) at the high limit level, also between marital status and cholesterol, with 16.7% (married) with high cholesterol, 0.8% (single) with high cholesterol and at the same time 0.8% (widower) in high limit. In turn there is no relationship between gender, age, marital status and triglycerides; since it presents a level of significance ($p > 0.05$); but if there is a relationship with the degree of instruction and triglycerides with a level of significance ($p < 0.05$). In the same way it can be seen that there is a significant relationship between BMI and cholesterol with a value of ($p < 0.05$) while there is no relationship with eating habits. It is also appreciated that there is no relationship between BMI, eating habits and triglycerides, concluding that there is a relationship between sociodemographic, nutritional factors with dyslipidemias in older adults who attend the clinic "Euroclinic", Trujillo, in the period January - July 2019 demonstrated with a direct and statistically significant relationship ($p < 0.05$).

Keywords: Factors, sociodemographic, nutritional, dyslipidemias

I. INTRODUCCIÓN

Las dislipidemias hoy en día son conocida como un notable dilema de sanidad en los diferentes territorios en vía de desarrollo y desarrollados siendo causal de peligro para la tasa de muerte cardiovascular según los boletines de información brindados por la OMS. Países como México, Japón, Escocia, Estados Unidos, Inglaterra, presentan un crecimiento de su población con este problema de salud e ignoran que necesiten medicación para disminuir el peligro a contraer enfermedades cardiovasculares. (OMS, 2011)

Este problema de salud es responsable aproximadamente de una tasa mayor de 4 millones de fallecimientos precoces anuales de las cuales el 50 a 60 % se dan en naciones en proceso de crecimiento ; así mismo el 40- 66% de colectividad adulta en el planeta presenta niveles de colesterol por sobre de lo querido. A nivel mundial estudios evidencian que el problema de dislipidemias en la población alcanza un 32% en varones y en mujeres un 27% con mayor incidencia en población de sexo masculino pasado los 45 años y en el sexo femenino pasado los 55 años de edad. (Souki, Arias, y Zambrano, 2013)

En el Perú, semejante a otros países de Latinoamérica se viene produciendo paulatinamente la evolución de envejecimiento, el mismo que según estimaciones de CEPAL se incrementara, en la primera parte del centenario XXI, las proyecciones estadísticas, el porcentaje de personas adultas mayores subirá al 21.5 % en el año 2050. (PLANPAM, 2017)

Así mismo en Perú las patologías cerebrovasculares, isquémicas se establecen como como la segunda y tercera causa en la población adulta mayor mostrando relevantes diferencias de acuerdo a los factores sociodemográficos, aspecto financiero y demás. Entre los más destacados factores de riesgo se mencionan colesterol alto, triglicéridos altos, presión alta, patologías cardíacas y diabetes. (INEI, 2013).

Según OPS en su edición 2017 refiere que en el año 2014 la mortandad por patologías cerebrovasculares fue de 26.8% por 1000000 habitantes (hombres 30.2%- mujeres 23.8%), siendo un gran agente causal las hipercolesterolemias y trigliceridemias. Así mismo se obtuvo resultados en el estudio demográfico y salud familiar 2012, la hiperlipidemia se manifestó entre las edades de 60 a 64 años siendo el 24% y rango de 80 años a más el 12.6%. OPS (2017)

La presencia de hipercolesterolemia y trigliceridemia es mayor en las zonas urbanas

como consecuencia de vida no saludable y según la ubicación donde se encuentran se aprecian medidas elevadas al promedio nacional de adultos mayores con diagnóstico de hiperlipidemia: Piura (20.2%), Moquegua (20.6%), Lambayeque (24.5%), Tumbes (28.1%), Lima y Provincia del Callao (29.8%), Ica (31%). Los habitantes veteranos reiteradamente sensible por su estado de senectud y fuera de procedimiento clínico queda comprometido a problemas cardiacos, predomina en Ayacucho (50%), Tumbes (56.9%), Junín (58.3%), Ancash (59.9%), Huancavelica (63.6%) y Madre de Dios (64,9), entre otros. (INEI, 2013)

Según ubicación se encontró un porcentaje de habitantes en la etapa de senectud con trigliceridemia en Puno (1.7%), Huancavelica (1.4%), Tacna (12.2%), Lambayeque (13.5%), La Libertad (14.7%), Ica (19 %), Tumbes (19.3%), Provincia del Callao y Lima (20 %). De la población adulta mayor diagnosticada trigliceridemia con tratamiento médico tenemos Ica (73.7%), La Libertad (75.6%), Cajamarca (76%), Arequipa (76.9%) y Ucayali (81,6%); mientras que, Apurímac (57.4%), Ancash (51.3%) y Amazonas (49,8%), no recibieron tratamiento médico las trigliceridemias (INEI, 2013)

En la Libertad según el INEI la dislipidemia es más frecuente en adultos mayores con sobrepeso y obesidad, con un alto incremento de dislipidemias mixta e hipertrigliceridemia en los varones; mientras que en las mujeres predomina hipercolesterolemia, dislipidemia mixta y la hipertrigliceridemia. Ante el aumento de diagnósticos de dislipidemias en población adulta mayor en mi centro de trabajo, se fundamenta la necesidad de realizar una investigación, que permita contribuir en la integración de los profesionales de salud, logrando así fomentar la sensibilización y compromiso con el objetivo de resguardar la energía de la persona y de toda la población. (INEI, 2013)

Ante lo mencionado encontramos algunos trabajos internacionales previos relacionados al tema, así tenemos la investigación de Caro (2008- Chile), siendo su objetivo entender el perfil epidemiológico del adulto mayor con discapacidad funcional moderada y severa que están inscritos en los centros de salud de la comuna de Providencia durante el año 2008, con un investigación descriptiva transversal, una patrón de 184 adultos mayores estudiándose factores sociodemográficos, enfermedades que presentan. Usando como instrumento pautas de trabajo, sus resultados fueron que los adultos mayores presentaban sujeción rigurosa (54,7%)

afectando más a las personas de 85- 94 años y posteriormente a adultos mayores de 75- 84 años. El 50,8% mujeres, 66.7% varones, distribución de enfermedades el 48,8 %, el 52,3% son viudos, el 24,4% casados y el 15,1% solteros, el 48,8% se encontraban bajo el cuidado de un cuidador y el 39,5% de algún familiar, concluyendo que el 75,6% son mujeres, las enfermedades no transmisibles afectan al 24,4% y asociadas a otra enfermedad al 48,8% y un 12,8% presentan enfermedades mentales. El 39,5% de los adultos mayores se encuentran al cuidado de algún familiar y el 10,2% de los adultos mayores con dependencia moderada se encuentran solos.

Según Eugenia (2013-Argentina), siendo su objetivo evaluar el consumo de antioxidantes naturales en una población de 65 a 75 años con dislipidemia por medio de estudio descriptivo, transversal y cuali-cuantitativo, se trabajó con un patrón de 60 personas de ambos sexos, utilizando la técnica de entrevista y como instrumento una encuesta y un formulario de frecuencia de alimentos los cuales indagan sobre hábitos, deporte y frecuencia de alimentos. Sus resultados evidencian que el 40% presenta hipercolesterolemia mixta, el 25% realiza actividad física, 17 % tiene el hábito de fumar, 13% toman bebidas alcohólicas, 33% reciben sus alimentos fuera de casa, un 33 % prefiere alimentos ricos en grasa saturada y un 17% recibe una alimentación saludable y se concluye que el 60% son de sexo femenino ,hay mayor prevalencia de hipertrigliceridemia(40%), que hipercolesterolemia 30%,un 75% no realiza actividad física, el 77% contaban con una persona para preparar sus alimentos, el 33% consumía comida rápida.

Así mismo Guerrero, Yépez (2014- Colombia), cuyo objetivo es identificar los factores personales y del entorno asociados a la vulnerabilidad de la población mayor con alteraciones de salud en municipios del departamento de Nariño. Su investigación fue descriptiva correlacional con un patrón de 384 adultos mayores pertenecientes a 19 municipios del lugar de estudio, mediante una regresión logística se identificó la relación que existe entre los factores personales y del entorno con la vulnerabilidad. Donde en sus resultados: se observa que tienen mayor posibilidad de ser frágiles, las personas de la región occidente, y que no tienen cuidador, llegando a la conclusión que hacen más sensibles cuando viven en regiones de recursos bajos tanto de forma económica, social y geográficamente apartadas, estar sin el cuidado de alguien y tener hipertensión arterial por lo que se debe tener en cuenta en la atención de la asistencia de salud y en la distribución de recursos, eliminar cadenas de la parcialidad y la

desigualdad social.

Mientras tanto Arias A. et al, (2015- Ecuador), en su estudio tuvo por objetivo general: determinar la frecuencia de dislipidemias mediante el diagnóstico clínico, en adultos mayores de las parroquias urbanas del cantón Cuenca- 2015, utilizando estudios descriptivos con una muestra de 387 adultos mayores, teniendo como técnica la encuesta, para la cual utilizo el instrumento la entrevista donde obtuvo información sociodemográfica y referencias de patologías crónicas no transmisibles. Sus resultados afirman: dislipidemias 20,7%, la hipertrigliceridemia 14,2%, hipercolesterolemia 6,5%, sexo femenino el 15,0%, sexo masculino 7,0%, las dislipidemias predominan entre 65 y 74 años con el 15,5%, así mismo el 7,8% de adultos mayores no tienen estudios, el 12,1% están casados, el 13,7% corresponde a personas pasivas, llegando a la conclusión que hay más frecuencia de trigliceridemia, predomina el género femenino y afecta a personas en edad (65 -74 años), es más común en casados.

A nivel nacional encontramos a Manayalle (2013 – Perú) tiene como objetivo determinar las características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región Lambayeque y su relación con los datos socioeconómicos-demográficos, donde su estudio fue descriptivo, prospectivo y transversal; con una muestra 208 pacientes mayores de 60 años , se aplicó el Mini Nutritional Assessment y una escala socioeconómico Teniendo como resultado 29.30% riesgo a M. y 2.4% malnutrición, IMC es 27.52 ± 3.8 , el 11.10% tiene circunferencia de pantorrilla <31cm, pérdida de peso en 37.50%, polimedicación en 36.50%, enfermedad aguda en 35.10%, problemas neuropsicológicos en 17.80%, consumo de < 3 comidas diarias en 53.30%, disminución del apetito en 24%, consumo de < 5 vasos de agua en 66.80%, llegando a la conclusión que más del 30% se encuentra entre riesgo de malnutrición y malnutrición, el IMC se encontró en un rango normal superior, la polimedicación, en enfermedad aguda y desanimo en más del 30%, el consumo de comidas completas era disminuido en más de 50%.

Así también encontramos algunas teorías al respecto de las variables, es así que podemos mencionar que las dislipidemias son variaciones de la conducción de los lípidos ocasionados por incremento durante su asimilación o una demora en la reducción de las lipoproteínas , que son las responsables de trasladar el colesterol y triglicéridos. (Brown, 2005).

Estos trastornos se caracterizan por una agrupación de padecimientos particularizados por variaciones en las acumulaciones de los lípidos sanguíneos, pueden ser de origen biológico, dietético o afección secundaria y habitualmente se dividen según la equivalencia de colesterol o triglicéridos. (Guarda, Fajuri y Paredes, 2016)

Dentro de la etiología de las dislipidemias es necesario recordar que su inicio puede ocasionarse debido a un cambio genético, al exceso de lípidos en la comida o con mayor continuidad a la presencia secundaria de otros problemas de salud como diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome nefrótico, alcoholismo, obesidad y pancreatitis. (García, 1983)

Las fuentes de colesterol y triglicéridos pueden ser exógenas (provisto por la dieta) o endógenas (síntesis hepática), y se almacenan sobre todo en el tejido adiposo. (Riella, 2001)

Los lípidos son llevados mediante los vasos sanguíneos con ayuda de las lipoproteínas, algunas movilizan las grasas a diferentes sistemas del cuerpo humano con la finalidad de aportar en su funcionamiento, generar fuerza, reservar y almacenarlas para posterior consumo, nombradas de baja concentración LDL (lipoproteína de baja densidad) usualmente se le conoce como “colesterol malo”, un depósito elevado de colesterol malo en el cuerpo tiene una reacción negativa ya que crece el peligro de contraer enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. (Berck y Lodish, sf)

Otras retiran la demasía de grasas que se encuentra en los diversos órganos y tejidos del cuerpo, con el propósito de ser eliminadas por el funcionamiento de los sistemas del cuerpo, llamadas lipoproteínas de alta concentración HDL nombrado como “bueno” al recorrer mediante el plasma sanguíneo, cumple la función de recoger el colesterol perjudicial para llevarlo al hígado y obviar su concentración en las membranas de venas y arterias. (Lee, sf)

Las dislipidemias se ocasionan a causa del desequilibrio entre estas lipoproteínas en la sangre, factores genéticos asociados a patologías concomitantes y a factores ambientales; sus secuelas pueden ser graves y aún nocivos para la integridad de la persona. (Guarda et al., 2016)

En la actualidad estas patologías se catalogan conforme su causa: primarias (genética) patologías congénitas las cuales generan variación lipídica conformando un fenotipo

donde las acumulaciones cuantiosas de lipoproteínas son la expresión inicial de la enfermedad. Secundaria (por patologías) su incremento se vincula a ciertos padecimientos hepáticos (inflamación, cambio de color de bilis y etapa tardía de cicatrización), hormonales como él (problemas de tiroides, anorexia nerviosa y diabetes mellitus) además de insuficiencia renal crónica y síndrome nefrótico. Algunos componentes exceden valores normales de LDL (apoyando la evolución de dislipidemias así tenemos a esteroides, gestágenos, agentes bloqueantes, entre otros. (Guarda et al, 2006)

Según examen lipídico: hipercolesterolemia aislada (únicamente elevado el colesterol total a diferencia del LDL., hipertrigliceridemia aislada: exclusivamente excedidos los triglicéridos, D. mixta: se hayan valores aumentados tanto colesterol T. como los triglicéridos con incremento de las LDL, VLDL e IDL. (Guarda et al., 2016). El déficit aislado de lipoproteínas de alta densidad sus valores deben ser igual o inferior a 35 mg/dl es considerado una causa alarmante independiente de cardiopatía coronaria (Villaverde, Blanco, Mendoza y Ramírez, sf)

Los valores aumentados de lípidos en plasma no suelen ocasionar signos o síntomas pero en algunas circunstancias, cuando la estimación es particularmente alta, los lípidos se almacena en la dermis y en ligamentos, donde se generan bultos llamados xantomas, a veces el individuo genera aros blancos oscuros u opacos en el extremo de la esclerótica por los valores de triglicéridos muy elevados, genera un crecimiento excesivo del hígado o del bazo, un efecto de cosquilleo o de inflamación en miembros superiores e inferiores, impedimento para respirar y desconcierto, puede crecer el peligro de ocasionar pancreatitis, una inflamación que ocasiona dolor ventral severo y puede ser mortal. (Álvarez y Argente, sf)

La evaluación clínica se centra en los valores del suero sanguíneo de los complejos macromoleculares (L – P) o almacenamiento de los mismos en la dermis y ligamentos. Se sugiere estimar los valores de colesterol T., triglicéridos y HDL en la totalidad de pacientes. Las tomas no deben efectuarse en las personas que en las últimas 6 semanas haya tenido cansancio físico, añadido patologías agudas o pérdida de peso. (Guarda et al, 2006)

El planteamiento gubernamental de instrucción sobre colesterol de los Estados Unidos (2001), establece parámetros para los valores habituales para variables específicas en plasma: Triglicéridos por debajo a 150 mg – dl, colesterol T. menos a

200 mg – dl, LDL menor a 100 mg –dl, HDL por encima a 40 mg- dl. (Álvarez y Argente, sf)

Las hiperlipidemias por el incremento en la asimilación o por envejecimiento generaran una ampliación en la acumulación sanguínea de las grasas más importantes como son triglicéridos y/ o colesterol los cuales poseen asociación lineal con el crecimiento de disfunciones cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, ACV, arteriopatía periférica). (Villaverde et al, sf)

El tratamiento para las dislipidemias por lo general consiste en una dieta hipolipemiente donde se reduce la porción completa de lípidos saturados y de colesterol que se adquiere, además de realizar deporte, utilizar una terapia farmacología con hipolipemiantes. (Villaverde et al, sf)

Para el desarrollo de las dislipidemias existen factores que influyen como los sociodemográficos que vienen a ser el conjunto de características sociales que se le atribuye a cada miembro de una ciudad o comunidad como son las diferentes etapas de vida, el género, nivel de instrucción, condición civil. (Gil, 2010)

Los años vividos desde el principio de la existencia de un ser humano y su presente, se define en días, meses o años. La senectud entendida así mismo como "tercera edad" que empieza a los 60 años de edad y se le atribuye una progresiva pérdida del vigor físico, lo que a su vez origina en la colectividad la continuidad decreciente de las habilidades de su competencia mental, ausentando la importancia de actividades nuevas en su día a día y sobrevivir en dominio de sus recuerdos, el mismo que trae constantemente a su memoria ausentándose del presente y el futuro porque no le ofrece oportunidades. (Alvarado y Salazar, 2014)

Así mismo el género es la particularidad corporal y biológica que diferencian al macho de la hembra, la cual decretan su naturaleza de especie, siendo una de las constantes elementales para el estudio de poblaciones y su evolución de declive presentando una conducta diferencial. (OMS, 2010)

La categoría de capacitación consta del nivel metódico estudiantil y se atribuye al último grado estudiado y aceptado por el individuo y se cataloga en: primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta y superior. (Alessandri et al)

El estado civil, un factor sociodemográfico que consiste en el estado permanente en el que se encuentra un sujeto en vínculo con sus condiciones propias y con la

constitución que va a definir las reglamentaciones civiles que se considere. Se clasifica en casado o conviviente al sujeto que ha asumido el compromiso del matrimonio o subsisten juntos más de 2 años, viudo o separado se le denomina así a la persona que no tiene pareja. (Prudhon, 2002)

Así como los componentes sociodemográficos intervienen en el crecimiento de dislipidemias en la población adulta mayor, también tenemos otros factores determinantes como son los nutricionales, los dos factores inmediatos en esta patología son el aporte alimentario familiar inadecuado, medidas antropométricas (peso, talla, IMC), los cuales se ven alterados por la seguridad alimentaria familiar, salud ambiental combinada con la entrada a la prestación de salubridad y el entorno comunitario. (Landeau, 2007)

Las costumbres de alimentación son todas las acciones que una persona tiene para alimentarse, basados en las enseñanzas de la familia y el ambiente mismo, condicionados por las necesidades sentidas, creencias y tabúes de sus antecesores, por la disponibilidad de alimentos del medio, por los medios económicos de la familia y por el conocimiento del valor nutritivo de los alimentos se tenga (Camiro, 2008).

La adquisición de alimentos es el segundo componente de relevancia para alcanzar un adecuado estado nutricional, ya que el primero es la disponibilidad de los alimentos y está determinado por los hábitos alimentarios que el individuo o el grupo familiar tenga, los cuales van a orientar la producción familiar, los gastos destinados para los alimentos y a su preparación. (García, 1983)

Según política nacional de personas adultas mayores en temas de alimentación, se ha determinado como asunto primordial el conservar costumbres poco convenientes, así mismo una deficiente dieta calórica –proteica que daña considerablemente a los que viven en condición de escasez. No hay alcance preciso de la dimensión que sufre de desnutrición y malnutrición y tampoco existen planteamientos determinados para el apoyo alimentario para esta colectividad. (PLANPAM, 2017)

Otro factor nutricional es el IMC o índice de quetelet que se usa para evaluar el peso relativo a la altura y se logra fraccionando la fuerza corporal en kilos por la talla en metros cuadrados (peso/estatura²). (Pérez, 2005).

El IMC es condicionalmente una buena señal de la estructura anatómica total para las investigaciones basadas en habitantes y direccionadas a la adquisición de resultados

saludables. (Martínez de Victoria, 2010)

Los riesgos para la salud vinculados con la adiposidad comienzan según IMC, en el límite de los 25- 30 kg/m² , información actual señala que la guía de la asignación de la grasa corporal es un considerable predictor de las complicaciones de la obesidad para la sanidad , las personas que tienen más tejido adiposo en el abdomen tienen mayor probabilidad de padecer hipertensión, diabetes tipo II, hiperlipidemia. (Riella, 2001)

La población adulta mayor se representa por un descenso paulatino del movimiento de todos los sistemas corporales siendo frágil desde la observación nutricional y es la etapa donde se pone de manifiesto reiteradas dificultades por nutrición deficiente o desequilibrada debido a una dieta pobre (desnutrición proteica calórica) o excesiva , como (sobrepeso u obesidad), o condiciones de amenazas nutricionales como las dislipidemias siendo factor de riesgo para contraer enfermedades cardiovasculares por las modificaciones fisiológicas, psicológicas, y sociales que se ponen de manifiesto en esta fase , junto a la prevalencia de enfermedades graves. (Botham, sf)

Dentro de las teorías que explican los cambios que se producen entre factores sociodemográficos, nutricionales y dislipidemias encontramos: Teoría de envejecimiento celular: donde los aspectos del entorno generan modificaciones degenerativas en los elementos celulares afectando el transcurso de constituyentes por medio de las mucosas y errores genéticos, T. del error: asocia la vejez con el deterioro del hábitat, al compuesto del ADN, lo que conlleva a equivocaciones en el planteamiento genético, T. del programa: donde las células pueden duplicarse , una cantidad de veces finito y programado, luego mueren y por último la T. de los radicales libres (teoría sobresaliente del envejecimiento) constitución seguida de radicales, producto del contacto con oxígeno, radiación de fondo y otros factores ambientales. Estas sustancias dañinas, atacan a las células y pueden causar muerte celular. (Abizanda, 2012)

Por lo tanto se confrontan modificaciones fisiológicas que detectan o limitan su consumo de alimentos y donde nutricionalmente decaen, debido a que disminuyen la fuerza de la masticación y ausencia de piezas dentales, hay un cambio en el olfato y gusto. La pérdida de la vista y del olfato es más frecuente en A. M., limitaciones y las minusvalías afectan su cuidado personal y en muchos casos carecen de alguien que le brinde protección y alimentación. (Téllez, 2014)

De las modificaciones fisiológicas a resaltar es la cantidad de la saliva (xerostomía), las secreciones biliares, digestivas y pancreáticas, a la vez la actividad motora del estómago sufre cambios en las estructuras nerviosas de los plexos intramurales, disminución de las hormonas gastrointestinales y las enzimas, también hay pérdida de reacciones simpáticas y parasimpáticas conllevando a reducir los procesos de síntesis y deficiencia de nutrientes. (Téllez, 2014)

Así mismo hay déficit de asimilación de la vitamina cianocobalamina a causa de reducción del factor intrínseco, donde se ve afectada la absorción del calcio, B9, hierro, zinc y micronutrientes como la vitamina A y D.; estos elementos en conjunto y la carencia en la ingesta calórica aumentan las deficiencias nutricionales en estos pacientes de edad avanzada tanto la dislipidemia como la hipertensión arterial siempre coexisten en el anciano. (Téllez, 2014)

La normalidad de los valores de lípidos séricos está asociados a una disminución en la incidencia de cardiopatía isquémica, no teniendo relación con la edad. El tratamiento será una indicación dietética personalizada y se modificaran hábitos no saludables para el paciente. Cuando no es suficiente para obtener los valores deseados de lípidos, el tratamiento consta de aplicación de estatinas, pero si hay trigliceridemia y el C-HDL es bajo, la indicación es de fibratos. La utilidad absoluta es mayor en los enfermos longevos, disminuyendo el riesgo de problemas cardiovasculares que puedan afectar la calidad de vida. (Mendoza, 2008)

Según las políticas de salud, (RM N° 039-2017 – MINSA) toda persona que presenta dislipidemia debe ser atendido por profesionales, en establecimientos con capacidad resolutoria según sea la complejidad, además su manejo inicia en el tratamiento no farmacológico: que consiste en proporcionar información a la persona sobre la enfermedad, los riesgos y daños, así como de los beneficios a conseguir al cambiar la forma de supervivencia (dieta, deporte, tabaquismo y consumo de alcohol). Si la persona rechaza la oferta de tratamiento, se le informará que su riesgo de enfermedad cardiovascular debe ser estimado de nuevo en el futuro y se registra su elección en la historia clínica. (MINSA, 2017)

Respecto a la temática nutricional, se recomienda que el personal de la salud proceda de la siguiente manera e informe: evaluación antropométrica (IMC y perímetro abdominal), describiendo los hábitos de alimentación. . (MINSA, 2017)

En el caso de los establecimientos de salud que disponga del especialista los pacientes

deben ser evaluados, en base a una prescripción nutricional con criterios de distribución general de nutrientes, de acuerdo al valor calórico total (VCT), y establecer un plan de alimentación saludable, complementando con actividad física, (MINSA, 2017)

En el tratamiento farmacológico se inicia luego de resultados de perfil lipídico, transaminasas luego iniciar con estatinas y realizar control por especialista.

La población en este grupo etario que acude a la clínica Euroclinic es un grupo vulnerable que está presentando altos índices de problemas nutricionales y de dislipidemias, por ende la importancia de conocer los agentes de riesgo y podamos contribuir a la disminución de estas deficiencias, es por ello la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con la dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, en el periodo enero – julio 2019?

Esta investigación se justifica debido al incremento de esta problemática de salud en este grupo poblacional, en estos tiempos se hace indispensable que en las instalaciones de salud implementen normas y políticas que direccionen una visión moderna para la prevención de dichas patologías. Para contraponer estas dificultades en la salud es necesario formar grupos multidisciplinarios de profesionales de salud, para acceder y promover actitudes nuevas en la conciencia y compromiso con el objetivo de conservar la salud de la persona y población. Conforme verificación realizada en las consultas nutricionales en la clínica Euroclinic se evidencia el incremento de pacientes adultos mayores con diagnóstico de dislipidemias; esta alarmante cifra fue el cimiento que me lleva a la ejecución de esta investigación.

Las políticas para la población adulta mayor es pieza fundamental para el adelanto sustentable del estado teniendo como finalidad enriquecer la condición de existencia, donde transforme el envejecimiento en un factor de desarrollo, asignando los recursos necesarios para implementar acciones multidisciplinarias en conservar la integridad de este grupo poblacional.

El actual trabajo tiene la finalidad de cambiar la actitud de las personas en este tiempo para conservar un modelo de vida saludable con actividades multidisciplinarias, interinstitucionales y multisectoriales, motivando una alimentación sana logrando una reacción positiva en la salubridad de la población en general.

Con este estudio se busca tener la información necesaria para demostrar la necesidad

de gestionar la creación de programas de salud que puedan evitar el crecimiento de diferentes patologías que padece este grupo poblacional vulnerable y olvidado; mediante la propuesta de medidas de prevención desde una temprana edad, atacando los problemas de salud desde la equidad, bienestar y desarrollo social humano, con el apoyo de instituciones gubernamentales, no gubernamentales y el trabajo en equipo de las diferentes especialidades de salud.

Teniendo como objetivo general: determinar la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, en el periodo enero – julio 2019, y para lograr esta finalidad se determinó los siguientes objetivos específicos: Determinar la frecuencia de las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic.; Establecer la relación entre los factores sociodemográficos (género, edad, grado de instrucción, estado civil) con las dislipidemias según colesterol en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic. Establecer la relación entre los factores nutricionales (IMC, hábitos alimentarios) con las dislipidemias según colesterol en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic, Establecer la relación entre los factores sociodemográficos (genero, edad, grado de instrucción, estado civil) con las dislipidemias según triglicéridos en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic. Establecer la relación entre los factores nutricionales (IMC, hábitos alimentarios) con las dislipidemias según triglicéridos en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic, así mismo se propuso la siguiente hipótesis: Los factores sociodemográficos y nutricionales se relacionan significativamente con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, enero – julio 2019.

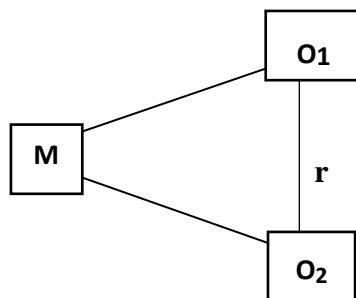
II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

El diseño fue no experimental, descriptivo y transversal correlacional

Según (Hernández, 2014), el estudio fue no experimental, este estudia las variables de cómo se comportaban en su forma real, para luego analizarlas, sin incorporar elementos que varíen dicho comportamiento, por tanto, en este diseño no se forma una situación específica si no que se observa las que están presentes, del mismo modo Landeau (2007), el estudio fue de tipo aplicada, porque utiliza conocimiento adquirido y encaminado a la resolución de generar medidas correctivas o de cambio frente al problema planteado siendo así su cronología el reciente ensayo es retrospectivo, debido a que los datos se obtienen de archivos. (Rodríguez, 2005). Y por último Escobar (2018), fue transversal, debido a que la toma de datos se realizó en un solo momento en el tiempo. Y descriptivo correlacional simple porque no se ha recurrido al control ni a la manipulación de las variables y correlacional porque se busca instaurar el vínculo verdadero entre las dos constantes, pero sin procurar otorgar una interpretación finalizada de lo investigado.

Esquemáticamente es expresada de esta forma:



Dónde:

M = Muestra de adultos mayores

O₁ = observación de los Factores sociodemográficos y nutricionales

O₂ = observación de las Dislipidemias en adultos mayores

r = Relación entre variables

2.2. Operacionalización de variables

Variable 1

- Factores sociodemográficos y nutricionales.

Variable 2

- Dislipidemias en adultos mayores

2.3. Población, muestra y muestreo

2.3.1. Población

Se designa a la totalidad o unos conjuntos de personas u objetos susceptibles que estén bien definidas (Gómez, 2006). La población fue integrada por 174 adultos mayores de ambos sexos que acuden a la clínica Euroclinic en el periodo enero – julio 2019.

2.3.2. Muestra

Se refiere a un sub grupo de la población de estudio establecido y que debe ser representativo de esta. (Tamayo, 2008). Estuvo constituida por 120 adultos mayores de ambos sexos que acuden a la clínica Euroclinic en el periodo enero – julio 2019.

Formula de tamaño de muestra:

$$n: \frac{N * Z^2 * P * Q}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * P * Q}$$

Donde:

$N = 174$ Total de adultos mayores.

$Z = 1.96$ Nivel de confianza 95%.

$P = 0.50$ Proporción de aceptación (50%).

$Q = 0.50$ Proporción de rechazo (50%).

$E = 0.05$ Error estándar (5%).

$$n = \frac{(174)(1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(174 - 1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)} \rightarrow n = 120.$$

El tamaño de la muestra se obtuvo 120 adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic en el periodo enero – julio 2019; Esta muestra fue representada por el 68.96 % de la población, siendo una muestra representativa y adecuada.

2.3.3. Muestreo

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico; es una técnica de muestreo en virtud de la cual las muestras son recogidas en

un proceso que brinda a toda la población las mismas oportunidades de ser seleccionadas. (Tamayo, 2008)

2.3.4. Unidad de Análisis

Adulto mayor con diagnóstico de dislipidemia.

2.3.5. Criterios de Inclusión

Considerando los criterios de inclusión permitiéndonos identificar a la población de estudio (Ruiz, 2004) siendo estos: Pacientes AM. de ambos sexos, pacientes que acuden a atenderse en la clínica Euroclinic- Trujillo y los AM. Cuyas historias clínicas cuenten con los datos necesarios para definir de manera precisa las variables en estudio.

2.3.6. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión son aquellos en la cual no cumplió los criterios de inclusión y fueron aquellos pacientes menores de 60 años y pacientes que no se atienden en la clínica Euroclinic.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnica

Revisión Documentaria

La define como un conjunto de operaciones dispuesto a representar el contenido de un documento bajo una forma diferente de la suya original a fin de facilitar su consulta o localización en un estudio (Arias, 2012). Utilizando para la variable factores sociodemográficos y nutricionales la revisión documentaria, con la cual se trató de obtener la información de manera sistemática y ordenada, del mismo modo para la variable dislipidemia en adultos mayores también se utilizó la técnica de revisión documentaria.

2.4.2. Instrumento:

Guía de revisión documentaria

El instrumento que se empleó para la variable factores sociodemográficos y nutricionales es guía de revisión documentaria, la cual se elaboró teniendo en consideración los datos necesarios para este estudio. Para la variable dislipidemias en adultos mayores también se utilizó como instrumento guía de revisión documentaria tomando como base la siguiente teoría, conlleva a adquirir información, la cual debe ser almacenada en un medio material, dispositivo o formato físico o virtual de forma que los datos puedan ser

recobrados procesados, analizados e interpretados posteriormente. De manera que los datos puedan ser recuperados, procesados, analizados e interpretados posteriormente. (Escudero, 2004)

La guía de revisión documentaria planteada está constituida por 6 dimensiones los que a su vez se dividen en ítems de acuerdo a las variables de estudio. (ANEXO N° 01)

2.4.3. Validez

Es el grado en el que un instrumento mide la variable y conduce a conclusiones válidas. (Hernández, 2014). El instrumento fue evaluado a su vez por tres expertos teniendo en consideración la claridad y objetividad para realizar el estudio.

La validez se realiza por juicio de tres expertos con grado de magister y especialización que se detalla a continuación.

Apellidos y Nombres	Grado Académico	Lugar de Trabajo
Marchena Cruzate María	Magister en Salud Pública	Hospital Víctor Lazarte Echeagaray
Florián Ángeles Jaime	Magister en Salud Ocupacional y Ambiental	Clínica Euroclinic
Castro Olguín Ruth	Magister en docencia universitaria e investigación Especialista en Nutrición Renal	Hospital Víctor Lazarte Echeagaray

De acuerdo a la revisión del instrumento planteado los expertos lo consideran aplicable.

2.4.4. Confiabilidad

Es el acierto o precisión de la medida en la que se ejecuta el instrumento repetidamente al mismo sujeto (Gómez, 2006). En esta investigación no ha sido necesario realizar la confiabilidad del instrumento porque para las variables de estudio no se usó una escala de Likert, sino simplemente se recopiló información para realizar la investigación.

2.5. Procedimiento

Para la ejecución del proyecto de investigación “Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, Enero – Julio 2019; se solicitó el permiso correspondiente al director de clínica antes mencionada, mediante una solicitud para acceder a la obtención de los datos y procedimientos a realizar en su institución.

Se reúne la información necesaria de las variables en estudio las cuales se incluye en la guía de revisión documentaria.

Se procede a la agrupación de datos para procesarlos según los métodos estadísticos estudiados.

2.6. Método de análisis de datos

Para el análisis de los datos recolectados se usó la estadística descriptiva e inferencial, luego fueron procesados mediante programas de cálculo informativo de Microsoft office Excel y programa software de estadística SPSS versión 25 tomando en cuenta las pruebas paramétricas y no paramétricas con sus respectivas pruebas de significancia, la cual describimos a continuación:

Distribución de frecuencias (Organización de datos): Es un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías donde estas tablas permitirán determinar la frecuencia y el porcentaje de la información recogida, luego procesarla y organizarla de acuerdo a lo establecido.

De la estadística inferencial se utilizó la prueba de chi cuadrado, donde se comparó la división observada de los datos con una esperada, considerando también el nivel de significancia del 0.05. Así mismo la prueba de Kendall, que se usa para calcular el rango de correlación entre las variables de una muestra.

2.7. Aspectos éticos

Este trabajo está cimentado en leyes de deontología del tratado de Belmont que promueve el respeto a todas las personas, no causar daño, preservar la salud y sus derechos individuales; con el solo fin de dar respuestas objetivas, las cuales no generen riesgos para quienes participen en él y por ende se mantendrá en reserva la información obtenida del participante.

III. RESULTADO

En este capítulo se hace referencia a las tablas y figuras de estadística descriptiva y estadígrafos de estadística inferencial; que se han utilizado para la siguiente investigación.

Tabla 1

Frecuencia de las dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019.

Dislipidemias	N° de adultos mayores	Porcentajes
Colesterol		
Deseable	69	57,5
Límite alto	29	24,2
Alto	22	18,3
Total	120	100,0
Triglicéridos		
Deseable	64	53,4
Límite alto	43	35,8
Alto	13	10,8
Total	120	100,0
LDL		
Óptimo	115	95,8
Cerca de lo óptimo	5	4,2
Total	120	100,0
HDL		
Deseable	16	13,3
Alto	104	86,7
Total	120	100,0

En la Tabla 1 se aprecia una frecuencia de dislipidemias donde el 24,2% de la muestra de estudio presenta colesterol en límite alto y un 18.3 % colesterol alto. Además se observa un 35.8 % de la muestra de estudio presenta trigliceridemia en límite alto y un 10.8% en el nivel alto en los adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic - enero – julio 2019.

Tabla 2

Relación entre los factores sociodemográficos y las dislipidemias (según colesterol) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019.

Género		Colesterol			Total	Análisis estadísticos
		Deseable	Límite alto	Alto		
Femenino	Recuento	20	8	23	51	X ² = 0,603
	% del total	16,7%	6,7%	19,2%	42,5%	
Masculino	Recuento	28	14	27	69	p = 0,740
	% del total	23,3%	11,7%	22,5%	57,5%	
Total	Recuento	48	22	50	120	p = 0,740
	% del total	40,0%	18,3%	41,7%	100,0%	

Edad		Colesterol			Total	Análisis estadísticos
		Deseable	Límite alto	Alto		
76-92	Recuento	15	14	29	58	X ² = 9,544
	% del total	12,5%	11,7%	24,2%	48,3%	
64-75	Recuento	33	8	21	62	p = 0,008
	% del total	27,5%	6,7%	17,5%	51,7%	
Total	Recuento	48	22	50	120	p = 0,008
	% del total	40,0%	18,3%	41,7%	100,0%	

Estado civil		Colesterol			Total	Análisis estadísticos
		Deseable	Límite alto	Alto		
Soltero	Recuento	5	0	1	6	X ² = 17,187
	% del total	4,2%	0,0%	0,8%	5,0%	
Casado	Recuento	20	16	20	56	p = 0,009
	% del total	16,7%	13,3%	16,7%	46,7%	
Conviviente	Recuento	8	5	18	31	p = 0,009
	% del total	6,7%	4,2%	15,0%	25,8%	
Viudo	Recuento	15	1	11	27	p = 0,009
	% del total	12,5%	0,8%	9,2%	22,5%	
Total	Recuento	48	22	50	120	p = 0,009
	% del total	40,0%	18,3%	41,7%	100,0%	

Grado de Instrucción		Colesterol			Total	Análisis estadísticos
		Deseable	Límite alto	Alto		
Primaria	Recuento	29	11	22	62	Tau-b= -0,115
	% del total	24,2%	9,2%	18,3%	51,7%	
Secundaria	Recuento	15	10	19	44	p = 0,159
	% del total	12,5%	8,3%	15,8%	36,7%	
Superior	Recuento	4	1	9	14	p = 0,159
	% del total	3,3%	0,8%	7,5%	11,7%	
Total	Recuento	48	22	50	120	p = 0,159
	% del total	40,0%	18,3%	41,7%	100,0%	

En la tabla 2, se aprecia que no hay una asociación entre el género y colesterol ($p > 0.05$ siendo no significativo), encontrando como grupo representativo un 23.3% son masculinos con colesterol deseable y como grupo poco representativo un 6.7% son femenino con un colesterol límite alto, evidenciando una relación directa entre edades y colesterol ($p < 0.05$ siendo significativo), tomando como grupo representativo un 27.5% entre las edades de (64-75 años) con un colesterol deseable y un grupo poco representativo de 6.7% entre las edades de (64-75) con un colesterol de nivel límite alto. Así mismo se aprecia una asociación entre el estado civil y colesterol ($p < 0.05$ siendo significativo), encontrando como máximo un 16.7% (casado) que presenta colesterol deseable y a su vez colesterol alto 16.7% (casado) que presenta colesterol alto y como mínimo un 0.8% (soltero) con colesterol alto y a la vez un 0.8% (viudo) con colesterol límite alto. Del mismo modo se aprecia que no hay una relación entre grado de instrucción y colesterol ($p > 0.05$ siendo no significativo) tomando como máximo un 24.2% que tiene grado de instrucción primaria que presenta colesterol deseable y como mínimo un 0.8% que son de grado de instrucción superior y de colesterol un nivel límite alto.

Tabla 3

Relación entre los factores nutricionales (IMC y hábitos alimentarios) con la dislipidemia (según colesterol) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclínica 2019.

Factores nutricionales	Colesterol			Total	Análisis estadístico	
	Deseable	Límite alto	Alto			
IMC						
Delgadez	N°	1	0	0	1	tau-c = 0.213 p = 0.005
	%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%	
Delgadez 1	N°	5	1	5	11	
	%	4,2%	0,8%	4,2%	9,2%	
Delgadez 2	N°	27	12	12	51	
	%	22,5%	10,0%	10,0%	42,5%	
Normal	N°	9	7	16	32	
	%	7,5%	5,8%	13,3%	26,7%	
Sobrepeso	N°	6	2	17	25	
	%	5,0%	1,7%	14,2%	20,8%	
Total	N°	48	22	50	120	
	%	40,0%	18,3%	41,7%	100,0%	
Hábitos alimentarios						
Adecuado	N°	24	11	22	57	X ² = 0.421 p = 0.810
	%	20,0%	9,2%	18,3%	47,5%	
Inadecuado	N°	24	11	28	63	
	%	20,0%	9,2%	23,3%	52,5%	
Total	N°	48	22	50	120	
	%	40,0%	18,3%	41,7%	100,0%	

En la tabla 3 se aprecia que hay una relación ($p < 0.05$ siendo significativa) tomando como un máximo de 22.5% con delgadez 2 que presenta colesterol deseable y un mínimo de 0.8% con delgadez y delgadez 1 que presenta colesterol límite alto y colesterol deseable respectivamente. El análisis estadístico muestra un nivel de significancia de 0,005 mostrando así que ($p < 0,05$ siendo significativo), lo cual indica que hay relación entre el IMC y colesterol.

También se aprecia que no hay una relación sig. ($p > 0.05$) tomando como un máximo de 23.3% con hábitos alimentarios inadecuados que presentan un colesterol alto y un mínimo de 9.2% con hábitos alimentarios adecuados que presentan colesterol límite alto y a la vez un 9.2% con hábitos alimentarios inadecuados que presentan colesterol límite alto. Según el análisis estadístico muestra un nivel de sig. de 0,810 mostrando así que ($p > 0,05$ siendo no significativo), lo cual indica que no hay relación entre los hábitos alimentarios y colesterol.

Tabla 4

Relación entre los factores sociodemográficos y dislipidemias (según triglicéridos) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019.

Género		<i>triglicéridos</i>			Total	Análisis estadísticos
		Deseable	Límite alto	Alto		
Femenino	Recuento	25	20	6	51	X2 = 0,664
	% del total	20,8%	16,7%	5,0%	42,5%	
Masculino	Recuento	39	23	7	69	p = 0,718
	% del total	32,5%	19,2%	5,8%	57,5%	
Total	Recuento	64	43	13	120	p = 0,718
	% del total	53,3%	35,8%	10,8%	100,0%	

Edad		<i>triglicéridos</i>			Total	Análisis estadísticos
		Deseable	Límite alto	Alto		
76-92	Recuento	30	22	6	58	X2 = 0,217
	% del total	25,0%	18,3%	5,0%	48,3%	
64-75	Recuento	34	21	7	62	p = 0,897
	% del total	28,3%	17,5%	5,8%	51,7%	
Total	Recuento	64	43	13	120	p = 0,897
	% del total	53,3%	35,8%	10,8%	100,0%	

Estado civil		<i>triglicéridos</i>			Total	Análisis estadísticos
		Deseable	Límite alto	Alto		
Soltero	Recuento	4	1	1	6	X2 = 2.499
	% del total	3,3%	0,8%	0,8%	5,0%	
Casado	Recuento	28	23	5	56	p = 0.869
	% del total	23,3%	19,2%	4,2%	46,7%	
Conviviente	Recuento	17	11	3	31	p = 0.869
	% del total	14,2%	9,2%	2,5%	25,8%	
Viudo	Recuento	15	8	4	27	p = 0.869
	% del total	12,5%	6,7%	3,3%	22,5%	
Total	Recuento	64	43	13	120	p = 0.869
	% del total	53,3%	35,8%	10,8%	100,0%	

Grado de Instrucción		<i>triglicéridos</i>			Total	Análisis estadísticos
		Deseable	Límite alto	Alto		
Primaria	Recuento	34	18	10	62	Tau-b= 0.132
	% del total	28,3%	15,0%	8,3%	51,7%	
Secundaria	Recuento	22	21	1	44	p = 0,120
	% del total	18,3%	17,5%	0,8%	36,7%	
Superior	Recuento	8	4	2	14	p = 0,120
	% del total	6,7%	3,3%	1,7%	11,7%	
Total	Recuento	64	43	13	120	p = 0,120
	% del total	53,3%	35,8%	10,8%	100,0%	

En la tabla 4, se aprecia que no hay una asociación entre el género y triglicéridos ($p > 0.05$ siendo no significativo), encontrando como máximo un 32.5% son masculinos con nivel deseable y como mínimo un 5.0 % son femenino con un nivel alto, concluyendo que $P = 0.718$ siendo $p > 0.05$ indicando no existe relación entre género y triglicéridos. Se aprecia que no hay una asociación entre la edad y triglicéridos ($p > 0.05$ siendo no significativo), encontrando como máximo un 28.3 % que se encuentran entre las edades de (64-75 años) presentando un nivel deseable y como mínimo un 5.0% entre las edades (76-92 años) con un nivel alto, concluyendo que $P = 0.897$ siendo $p > 0.05$ indicando no existe relación entre edad y triglicéridos. Se aprecia que no hay una asociación entre el estado civil y triglicéridos ($p > 0.05$ siendo no significativo), encontrando como máximo un 23.3% en personas adultas mayores casadas que presentan nivel deseable y como mínimo un 0.8% adultos mayores solteros presentan límite alto y alto, concluyendo que $P = 0.869$ siendo $p > 0.05$ indicando no existe relación entre estado civil y triglicéridos. Se aprecia que no hay una asociación entre el grado de instrucción y triglicéridos ($p > 0.05$ siendo no significativo), encontrando como máximo un 28.3% en personas adultas mayores con educación primaria que presenta nivel deseable y como mínimo un 0.8 % en personas adultas mayores con un nivel alto, concluyendo que $P = 0.120$ siendo $p < 0.05$ indicando existe relación entre grado de instrucción y triglicéridos.

Tabla 5

Relación entre los factores nutricionales (IMC y hábitos alimentarios) y dislipidemias (según triglicéridos) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic 2019.

Factores nutricionales		Triglicéridos			Total	Análisis estadístico
		Deseable	Límite alto	Alto		
IMC						
Delgadez	N°	1	0	0	1	tau-c = 0.012 p = 0.888
	%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%	
Delgadez 1	N°	10	1	0	11	
	%	8,3%	0,8%	0,0%	9,2%	
Delgadez 2	N°	30	20	1	51	
	%	25,0%	16,7%	0,8%	42,5%	
Normal	N°	17	10	5	32	
	%	14,2%	8,3%	4,2%	26,7%	
Sobrepeso	N°	6	12	7	25	
	%	5,0%	10,0%	5,8%	20,8%	
Total	N°	64	43	13	120	
	%	53,3%	35,8%	10,8%	100,0%	
Hábitos alimentarios						
Adecuado	N°	30	21	6	57	X ² = 0.050 p = 0.975
	%	25,0%	17,5%	5,00%	47,5%	
Inadecuado	N°	34	22	7	63	
	%	28%	18,3%	5,80%	52,5%	
Total	N°	64	13	43	120	
	%	53,3%	10,8%	35,8%	100,0%	

En la tabla 5, se aprecia que no hay asociación significativa entre IMC y triglicéridos ($p > 0.05$ siendo no significativo), encontrando como máximo un 25.0% con delgadez 2 que presentan un nivel deseable y como mínimo un 0.8% con delgadez y delgadez 1 que presenta nivel deseable y límite alto. Respecto al análisis estadístico nos demuestra que hay un nivel de significancia de 0.888 siendo así mayor al 5% de nivel estándar ($p > 0.05$), lo que evidencia que no hay una relación significativa entre IMC y triglicéridos.

También se aprecia que no hay asociación significativa entre hábitos y triglicéridos ($p > 0.05$), encontrando como máximo un 28.0% con hábitos alimentarios inadecuados que presentan nivel deseable y como mínimo un 5.0 % con hábitos alimentarios adecuados que presenta un nivel alto. El análisis estadístico nos demuestra que hay un nivel de significancia de 0.975 siendo así mayor al 5% nivel estándar ($p > 0.05$ siendo no significativo), lo que evidencia que no hay una relación significativa entre hábitos alimentarios y triglicéridos.

IV. DISCUSIÓN

Las dislipidemias se han convertido en una enfermedad muy común en los adultos mayores, causados por malos estilo de vida, diagnosticados en forma tardía debido a que en un inicio no presenta sintomatología, por lo que no es necesario el tratamiento farmacológico; sin embargo, esto puede desarrollar enfermedades coronarias en un futuro. De acuerdo a los resultados de la investigación, se observó la frecuencia de las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic enero- julio 2019, teniendo un porcentaje de 24.2% (Tabla 1) de colesterol limite alto y un 18.3% (Tabla 1) en colesterol alto, por triglicéridos (35.8%)(Tabla 1) en límite alto y un (10.8%) alto (Tabla), de la muestra de estudio; estos resultados indican un crecimiento de dislipidemias a diferencia de los resultados obtenidos por Arias A. et al, (2015) donde tuvo un porcentaje de dislipidemias del 20.7%, hipertrigliceridemia un 14.2 %, hipercolesterolemia 6.5%. esta diferencia de resultados puede deberse al número de muestra utilizada y área demográfica donde se realizaron los estudios. Según la OMS, indica que el aumento de esta patología se debe a problemas de malnutrición como la obesidad, influencia de medios de comunicación, problemas sociales, alimentación no saludable, todos estos elementos conducen a presentar problemas cardiovasculares, siendo una de las causas de mortalidad en nuestro país, es por eso de vital importancia replantear el manejo de estas enfermedades no transmisibles, enfatizando en medidas preventivas.

Además se observó la relación entre los factores sociodemográficos con el colesterol en AM. que acuden a la clínica Euroclinic enero – julio 2019; donde se muestra una relación directa y estadísticamente sig. ($p < 0.05$) (Tabla 2) entre la edad y el estado civil con el colesterol, debido a los cambios que se genera en la convivencia (soltero – casado), adaptación de nuevos hábitos y preferencias familiares, mientras que no se evidencia una asociación estadísticamente sig. ($p > 0.05$) (Tabla 2) entre género y grado de instrucción con el colesterol en la muestra de estudio; encontrando diferencias con el estudio de Arias A. et al. (2015), Donde sus resultados evidencian que las mujeres tienen una mayor frecuencia de dislipidemias (15.0%), en comparación al sexo masculino (7.0%), debido a la pérdida del efecto protector de los estrógenos en esta edad, así mismo las dislipidemias se presentan entre las edades de (65-74) con un 15.5%, esto se demuestra con la teoría de envejecimiento, donde se ponen de manifiesto los cambios fisiológicos en personas longevas. Según

Prudhon (2002) los adultos mayores sin escolaridad o con primaria incompletos poseen mayor frecuencia de dislipidemias a causa a la ausencia de conocimientos sobre la importancia de hábitos saludables.

Del mismo modo los resultados mostraron relación entre los factores nutricionales con el colesterol en AM. que acuden a la clínica Euroclinic enero –julio 2019. Donde se aprecia que no hay relación significativa ($p > 0.05$) (Tabla 3) entre el IMC y hábitos alimentarios con el colesterol; a diferencia del trabajo realizado por Manayalle P. (2013), teniendo como resultado un 29.30% de adultos mayores tiene riesgo de malnutrición y 2.4% malnutrición, el índice de masa corporal promedio de 27.52 ± 3.8 , pérdida de peso en 37.50%, consumo de < 3 comidas diarias en 53.30% disminución del apetito en 24%, consumo de < 5 vasos de agua en 66.80%. Según Abizanda (2012), envejecer constituye un proceso modificable tanto a nivel fisiológico como social, donde se presentan cambios generando limitaciones funcionales y nutricionales, pudiendo ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional, siempre y cuando se lleve un control a temprana edad, guiándose de acuerdo al aporte de Martínez de Victoria (2010), quien afirma que el IMC es condicionalmente una buena señal de la estructura anatómica total para las investigaciones basadas habitantes y direccionadas a la adquisición de resultados saludables.

Igualmente se observó la relación entre los factores sociodemográficos con la trigliceridemia en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic enero – julio 2019. Donde se aprecia que no hay una asociación directa y estadísticamente significativa ($p > 0.05$) (Tabla 4) entre el género, la edad, el estado civil y el grado de instrucción con la trigliceridemia, Estos resultados tienen semejanza con la investigación realizada por Caro (2008), donde sus resultados fueron el 54,7% de los adultos mayores presentaban dependencia severa, afectando más a los adultos entre 85 a 94 años y en segundo lugar, los de 75 a 84 años. El 50,8% mujeres, 66.7% varones, distribución de enfermedades el 48,8 %, el 52,3% son viudos, el 24,4% casados y el 15,1% solteros, el 48,8% se encontraban bajo el cuidado de un cuidador y el 39,5% de algún. Para Gil (2010) sostiene que el desarrollo de las dislipidemia existe factores que influyen como los sociodemográficos que vienen a ser el conjunto de características sociales que se le atribuye a cada miembro de una ciudad o comunidad como son las diferentes etapas de vida, el género, nivel de instrucción, condición civil.

También se muestra la relación entre los factores nutricionales con la Trigliceridemia en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic enero –julio 2019. Se aprecia

que no hay relación directa ni estadísticamente sig. ($p < 0.05$) (Tabla5) entre los hábitos alimentarios con la Trigliceridemia, mientras que no se evidencia una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre el IMC y con la Trigliceridemia en la muestra de estudio. Estos resultados son similares al estudio realizado por Manayalle P, (2013 – Perú) , teniendo como resultado 29.30% t riesgo de malnutrición y 2.4% malnutrición, IMC es 27.52 ± 3.8 , el 11.10% tiene circunferencia de pantorrilla $< 31\text{cm}$, pérdida de peso en 37.50%, polimedicación en 36.50%, enfermedad aguda en 35.10%, problemas neuropsicológicos en 17.80%, consumo de < 3 comidas diarias en 53.30%, disminución del apetito en 24%, consumo de < 5 vasos de agua en 66.80%,. Según Téllez (2012) Se ha conocido que las tradiciones de alimentación se vuelven en un factor de peligro inmediato de morbilidad y mortalidad, cooperando para una incitación a infecciones y patologías; asociadas con el envejecimiento; lo cual disminuye la calidad de vida de este grupo etareo. Algunas modificaciones fisiológicas a causa del envejecimiento que influyen en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son: factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva, factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos- nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.

Según los resultados de la investigación, se puede evidenciar las deficiencias en el manejo de las políticas de salud sobre las dislipidemias, ya que son las responsables de garantizar la salud, siendo complemento importante de las reformas de la cobertura universal y prestación de servicios, pero lamentablemente no cumplen con los objetivos, es por eso la necesidad de gestión en los servicios de salud para aprovechar el recurso humano y material , trabajando en la etapa de inicio de los diferentes problemas de salud en especial en la población adulta mayor, mediante nuevos programas, capacitaciones al personal, gestión de nuevos paquetes de salud, con la única finalidad el bienestar de la persona.

V. CONCLUSIONES

- La frecuencia de dislipidemias donde el 24,2% de la muestra de estudio presenta colesterol en límite alto y un 18.3 % colesterol alto. Además, se observa un 35.8 % de la muestra de estudio presenta trigliceridemia en límite alto, 53.4 % de nivel deseable y un 10.8% en el nivel alto de trigliceridemia en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic enero – julio 2019.
- Existe relación directa significativa ($p < 0,05$) entre los factores sociodemográficos: edad y estado civil con las dislipidemias (colesterol), y una relación no significativa ($p > 0,05$) entre el género y el grado de instrucción con la dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic enero – julio 2019.
- No existe relación directa significativa ($p < 0,05$) entre los factores nutricionales: IMC y hábitos alimentarios con las dislipidemias (colesterol) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic enero – julio 2019.
- No existe relación directa significativa ($p > 0,05$) entre los factores sociodemográficos: género, edad, estado civil y grado de instrucción con las dislipidemias (triglicéridos) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic enero – julio 2019.
- No existe relación directa significativa ($p < 0,05$) entre el factor nutricional: IMC con las dislipidemias (triglicéridos) y no se evidencia relación significativa ($p > 0,05$) entre el factor nutricional: hábitos alimentarios con las dislipidemias (triglicéridos) en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic enero – julio 2019.

VI. RECOMENDACIONES

La reciente investigación establece una fase previa para nuevas exploraciones sobre la presencia de dislipidemias en la comunidad de adultos mayores, por esta razón se recomienda:

1. Gestionar la creación de programas de salud definido para el adulto mayor en instituciones públicas, que estén conformados por las especialidades (medicina, nutrición, endocrinología, psicología, social), promoviendo campañas que se difundan por los medios de comunicación actual para lograr el impacto que se busca.
2. Realizar diligencias para detectar dislipidemia a temprana edad, mediante la inclusión en los paquetes de salud a la especialidad de endocrinología, así mismo promover el uso de bioimpedancia, para evitar el incremento de enfermedades no transmisibles a futuro.
3. Coordinar reuniones con los representantes sociales y de instituciones no gubernamentales para promover y financiar la inclusión de pequeños gimnasios con un profesional, en instituciones educativas para mejorar hábitos en la población sobre actividad física.
4. Realizar campañas nutricionales en los diferentes programas sociales, mediante sesiones educativas y demostrativas para mejorar estilos de vida, para evitar la frecuencia de dislipidemia y problemas de mal nutrición.
5. Brindar a los adultos mayores acceso y preferencia a centros de salud y de diagnóstico, por el declive nutricional y funcional que padecen en esta etapa, siendo un grupo vulnerable.
6. Hacer un seguimiento de los niveles de colesterol total, triglicéridos y demás lipoproteínas para poder realizar un buen diagnóstico y tomar precauciones en el tratamiento de las personas que padezcan este tipo de patologías.

REFERENCIAS

- Abizanda, P.S.** (Ed.) (2012). *Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas*. Barcelona, España: Foletra S.A.civil.
- Alessandri, A., Somarriva, M. y Vodanovic, A.** Tratado de derecho civil. Santiago, Chile: Jurídica de Chile.
- Alvarado, A. M. y Salazar, A. M.** (20 de junio de 2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 25(2), p. 5.
- Álvarez, C.** (2006). *Dental Ethics* Guadalajara Mexico: Pan American.
- Álvarez, M. y Argente, H.** *Semiología Médica. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica*.
- Arias, A., Yupa, M. & Paute, M.** (2015). Frecuencia de dislipidemia en la población adulta mayor de las parroquias urbanas del cantón Cuenca (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Arias, F.** (2012). *The research project Introduction to scientific methodology*. Caracas. Venezuela: Episteme.
- Bardin, L.** (2002). *Content Analysis* Madrid. Spain: Akal.
- Berk A., Lodish, H.** *Metabolismo y Movimiento de los Lípidos: Colesterol: un Lípido de membrana multifuncional*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Bermejo, L.** (2010). *Active aging and socio-educational activities with older people*. Madrid Spain: Pan American.
- Bisquerra, R.** (2009). *Metodología de Investigación Educativa*. Madrid, España: La Muralla.
- Botham, K., Mayes, P.** *Síntesis, Transporte y Excreción de colesterol*. Guadalajara, México: Harper. *Bioquímica ilustrada*.
- Brown, J.** (2005). *Nutrición en las diferentes Etapas de la Vida*. Madrid, México: Mc Graw – Hill Interamericana. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Camiro A.** (2008). *Primary Health Care. APS Guide*, 2 (1), 10. Recovered from <https://www.kobo.com/us/en/ebook/guia-aps-atencion-primaria-en-salud>
- Caro, J.** (2008). *Perfil Epidemiológico de los Adultos mayores con Dependencia Funcional en un Centro de Salud*. (Tesis de maestría). Universidad Mayor. Chile.
- Díaz, V.** (2006). *Metodología de Investigación y Bioestadística*. Santiago, Chile: RIL.
- Escobar, P.** (2018). *Methodological guide for scientific research for undergraduate and graduate*. Medellin Colombia: ISBN.

- Escudero, J.** (2004). Analysis of the local reality. Research method techniques from sociocultural animation. Madrid. Spain: NARCEA.
- Eugenia, M.** (2013). Consumo de Antioxidantes Naturales y Esteroles Vegetales en Adultos Mayores entre 65 y 75 años con Dislipidemia (tesis de pregrado). Universidad Abierta Interamericana, Argentina.
- Fernández, C. y Baptista, P.** (2014). Metodología de la Investigación. México: Interamericana.
- García, P. A.** (1983). Fundamentals of Clinical Nutrition. Saint Joseph. Costa Rica: State University at a Distance.
- Gil, A.** (2010). Nutrition Treaty. Clinical Nutrition Madrid Spain: Pan American.
- Gil, A.** (2010). Nutrition Treaty. Nutrition in the State of Health. Madrid. Spain: Pan American.
- Gil, A.** (2010). Tratado de Nutrición. Nutrición Humana en la Salud. Madrid, España: Panamericana.
- Gómez, M.** (2006). Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Guarda, E., Fajuri, A. y Paredes, A.** (2016). Fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares. Santiago, Chile: EdicionesUC.
- Guerrero, N. y Yépez, M.** (2014) Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ salud, 17(1), 121.
- Hernández, R.** (2014). Investigation methodology. Colonia Santa Fe. Mexico: Interamerican Editors.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática.** (2012, 10 mayo). Condiciones de Riesgo Cardiovasculares. Recuperado 20 noviembre, 2019, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap02.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática.** (2013, 11 julio). Día Mundial de la Población. Recuperado 20 noviembre, 2019, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf
- Jiménez, A.** (2007). Personal training. Barcelona. Spain: INDE.

- Landeau, R.** (2007). *Elaboración de trabajos de investigación*. Caracas, Venezuela: Alfa.
- Lee, M.** *Los Nutrientes y su Metabolismo*. Madrid, España: Masson.
- López, J.** (2005). Dislipidemias en personas mayores de 60 años. *Cuba: Rev. Médica Cubana. Cardiología*, 21(3), p. 100-115.
- López, J.** (2008). *Clinical Physiology of Exercise*. Madrid Spain: Pan American.
- Manayalle, P.** (2013). *Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor (tesis de pregrado)*. Universidad de San Martín de Porres, Lambayeque.
- Mendoza, N.** (2008). *Farmacología Médica*. España, Madrid: Panamericana,
- Martínez de Victoria, E.** (2010). *Nutrition Treaty. Nutrition in the State of Health*. Madrid. Spain: Pan American.
- Ministerio de salud.** (2017).-Guía de práctica clínica para el diagnóstico, manejo y control de dislipidemias, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2. Per, Lima. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4186.pdf>
- Organización Mundial de la Salud.** (2010, 18 junio). Estado de Salud de la Población. Recuperado 22 noviembre, 2019, de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=caracteristicas-de-la-poblacion-y-sus-tendencias&lang=es
- Organización Mundial de la Salud.** (2011, 20 febrero). Colesterol alto, un problema mal controlado. Recuperado 20 noviembre, 2019, de https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/cholesterol_20110201/es/
- Organización Panamericana de la Salud.** (2017) *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, 8(642), 117-220.
- Orús, M.** (2014). *Descriptive and Inferential Statistics. Theory schemes and problems solved*. Madrid. Spain: Lulu.
- Pan American Health Organization.** (2004). *Nutritional Needs in the Elderly. Stay fit for life*. 15 (1), 9. Retrieved from <http://publications.paho.org/product.php?productid=755&cat=0&page=1>
- Pérez, A.** (2005). *ACSM MANUAL for the assessment and prescription of the exercise*. Barcelona. Spain: American College of Sports Medicine.
- Pérez, G.** (2013). *Quality of life in adults and the elderly*. Madrid Spain: Pan American.

- Prudhon, C.** (2002). Evaluación y tratamiento de la desnutrición en situaciones de emergencia. Barcelona, España: Icaria.
- Prudhon, C.** (2002). Evaluation and treatment of malnutrition in emergency situations. Barcelona. Spain: Icaria.
- Riella, M.** (2001). Nutrition and Kidney. Madrid. Spain: Pan American.
- Rodríguez, E. A.** (2005). Metodología de la Investigación. México: Interamericana.
- Souki, A., Arias, N., & Zambrano, N.** (2013). Comportamiento del perfil lipídico en una muestra de población adulta de la ciudad de Maracaibo. Colombia, 12(6), 14-19.
- Tamayo, M.** (2008). El proceso de la investigación científica. México: Limusa.
- Téllez, M.E.** (2014). Nutrición Clínica. Guadalajara, México: Manual Moderno.
- Vargas, A.** (1995). Descriptive and inferential statistics. Castile. Spain: COMPOBELL.
- Victoria, C.** (2007) Alteraciones del colesterol y enfermedades cardiovasculares. Madrid, España: Panamericana.
- Villaverde, C., Blanco, M., Mendoza, C. y Ramírez, J.** Metabolismo del Colesterol. En Fundamentos de la Bioquímica Metabólica. México: Alfaomega.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de revisión documentaria

Fecha:

A) FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. GÉNERO M() F()

2. ESTADO CIVIL

1. Soltero
2. Conviviente
3. Casado
4. Viudo

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN

1. Sin estudios
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria Incompleta
5. Secundaria Completa
6. Superior

B) FACTORES NUTRICIONALES

4. IMC

1. Normal: mayor de 23
2. Delgadez: menor de 19
3. Delgadez 1: mayor o igual a 19
4. Delgadez 2: mayor o igual a 21
5. Sobrepeso: mayor o igual a 28

5. HÁBITOS ALIMENTARIOS

1. Adecuados
2. Inadecuados

6. EXAMENES DE LABORATORIO

Colesterol Total

Triglicéridos

HDL

LDL

Anexo 2. Base de datos

Sujeto	Edad		Sexo	E. Civil	G. Instrucción	Peso	Talla	IMC		Colesterol Total		Triglicéridos	HDL	LDL	HÁBITOS ALIMENTARIOS	
1	74	64-75	1	3	2	46	1.51	20.18	Delgadez 2	220.00	Limite alto	180	Limite alto	46.3	90	Adecuado
2	74	64-75	1	2	2	56	1.6	21.87	Delgadez 2	200.00	Limite alto	190	Limite alto	47	95	Adecuado
3	75	64-75	2	3	2	58.5	1.48	26.71	Normal	250.00	Alto	200	Alto	40	120	Inadecuado
4	85	76-92	2	2	1	46	1.42	22.27	Delgadez 2	220.00	Limite alto	180	Limite alto	40	98	Adecuado
5	92	76-92	2	1	1	35.3	1.23	23.34	Normal	190.00	Deseable	140	Deseable	45	94	Inadecuado
6	78	76-92	1	4	1	48.5	1.48	22.15	Delgadez 2	200.00	Limite alto	150	Limite alto	50	95	Inadecuado
7	68	64-75	1	2	2	53	1.48	24.2	Normal	180.6	Alto	148	Deseable	46.4	94	Inadecuado
8	75	64-75	1	2	2	62	1.46	29.11	Sobrepeso	250.6	Alto	184.3	Limite alto	46	99	Inadecuado
9	70	64-75	2	2	1	39.5	1.45	18.81	Delgadez 1	180.6	Alto	143.8	Deseable	40.8	94.8	Inadecuado
10	74	64-75	2	2	2	60	1.62	22.9	Delgadez 2	240.00	Alto	164.8	Limite alto	39	90.4	Inadecuado
11	77	76-92	1	3	1	61	1.52	26.41	Normal	250.00	Alto	187.5	Limite alto	48	101	Inadecuado
12	77	76-92	2	2	1	48	1.41	24.14	Normal	220.00	Limite alto	140.8	Deseable	44	102	Adecuado
13	69	64-75	1	3	2	70	1.57	28.46	Sobrepeso	250.00	Alto	167	Limite alto	48	97	Adecuado
14	77	76-92	2	2	1	45.5	1.34	25.42	Normal	200.00	Limite alto	190.8	Limite alto	39	98.4	Adecuado
15	70	64-75	2	3	3	49.5	1.46	23.24	Normal	190.8	Alto	200	Alto	39	99	Adecuado
16	69	64-75	2	2	2	48	1.53	20.51	Delgadez 2	180.7	Alto	120	Deseable	38	95	Inadecuado
17	83	76-92	2	3	3	66.5	1.56	27.37	Sobrepeso	240.00	Alto	184.6	Limite alto	40	94	Inadecuado
18	79	76-92	1	3	1	53	1.58	21.29	Delgadez 2	194.8	Alto	143	Deseable	50	94	Inadecuado
19	85	76-92	2	1	1	41.5	1.46	19.48	Delgadez 1	140.00	Deseable	124.9	Deseable	38	93	Inadecuado
20	78	76-92	2	2	2	59	1.39	30.57	Sobrepeso	220.00	Limite alto	187.9	Limite alto	38.6	94	Adecuado
21	72	64-75	1	2	1	88.8	1.65	32.64	Sobrepeso	180.00	Deseable	145	Deseable	46	89	Adecuado
22	74	64-75	1	4	1	45	1.5	20	Delgadez 1	200.7	Alto	150	Limite alto	45.4	94.6	Inadecuado
23	75	64-75	2	3	1	45	1.48	20.55	Delgadez 2	200.4	Alto	148	Deseable	36	92	Inadecuado
24	74	64-75	2	2	3	42.5	1.42	21.04	Delgadez 2	194.8	Alto	140	Deseable	36	98	Adecuado
25	68	64-75	1	4	2	57.5	1.55	23.95	Normal	180.00	Deseable	148	Deseable	45	95	Adecuado
26	87	76-92	1	4	1	80	1.64	29.74	Sobrepeso	180.00	Deseable	200	Alto	45	100	Adecuado
27	72	64-75	2	3	1	72	1.49	32.43	Sobrepeso	220.00	Limite alto	140	Deseable	36	100.8	Inadecuado
28	78	76-92	1	4	1	54	1.55	22.5	Delgadez 2	180.00	Deseable	150	Limite alto	45	94	Adecuado
29	80	76-92	2	4	2	50	1.5	22.22	Delgadez 2	164.00	Deseable	147.8	Deseable	35	84	Inadecuado
30	76	76-92	2	2	1	48	1.57	19.51	Delgadez 1	200.00	Limite alto	136	Deseable	36.8	82	Adecuado
31	75	64-75	2	3	2	45	1.45	21.43	Delgadez 2	220.00	Limite alto	147.6	Deseable	35	80	Adecuado
32	71	64-75	2	2	1	53	1.4	27.04	Sobrepeso	190.00	Deseable	220.7	Alto	36	78	Inadecuado
33	67	64-75	2	4	1	54	1.56	22.22	Delgadez 2	180.00	Deseable	190	Limite alto	38	84.7	Inadecuado
34	86	76-92	1	4	1	57.5	1.59	22.73	Delgadez 2	210.9	Alto	145.6	Deseable	45	87	Adecuado
35	77	76-92	1	2	2	61	1.52	26.41	Normal	250.00	Alto	158	Limite alto	44	93	Adecuado
36	78	76-92	1	2	1	71	1.47	32.87	Sobrepeso	160.3	Alto	220	Alto	48	73	Adecuado
37	73	64-75	1	4	1	52	1.5	23.11	Normal	160.00	Deseable	234.6	Alto	45	96	Inadecuado
38	67	64-75	2	2	2	55	1.5	24.44	Normal	260.00	Alto	140	Deseable	38	76.5	Inadecuado
39	77	76-92	1	1	2	43	1.45	20.48	Delgadez 2	180.00	Deseable	146.1	Deseable	46	83	Inadecuado
40	66	64-75	1	2	1	52	1.53	22.22	Delgadez 2	160.00	Deseable	145	Deseable	46	86	Adecuado
41	69	64-75	2	2	1	40	1.42	19.8	Delgadez 1	146.00	Deseable	148	Deseable	38	80	Adecuado
42	72	64-75	2	2	2	64	1.48	29.22	Sobrepeso	210.9	Alto	180.6	Limite alto	36	84.1	Adecuado
43	85	76-92	1	4	1	64	1.66	23.19	Normal	220.9	Alto	186.1	Limite alto	46.8	95.3	Adecuado
44	84	76-92	1	4	1	51	1.37	27.13	Sobrepeso	195.3	Alto	183.6	Limite alto	46.3	73.6	Inadecuado
45	79	76-92	2	2	1	40	1.37	21.28	Delgadez 2	200.00	Limite alto	138.1	Deseable	36.2	81	Inadecuado
46	79	76-92	2	1	1	62.5	1.45	29.76	Sobrepeso	183.4	Alto	220	Alto	35.9	82.9	Inadecuado
47	81	76-92	2	4	1	63	1.54	26.58	Normal	260.00	Alto	148.3	Deseable	35.6	99.3	Adecuado
48	79	76-92	2	2	2	46	1.5	20.44	Delgadez 2	160.00	Deseable	196.5	Limite alto	36.8	83	Adecuado
49	91	76-92	1	4	1	41	1.44	19.81	Delgadez 1	156.8	Alto	145.8	Deseable	46	84	Adecuado
50	73	64-75	2	2	2	45	1.38	23.68	Normal	180.1	Alto	146.8	Deseable	36	84.1	Adecuado
51	69	64-75	1	2	2	51	1.54	21.51	Delgadez 2	200.00	Limite alto	183.1	Limite alto	45.3	96	Inadecuado
52	71	64-75	2	3	1	54.4	1.4	27.76	Sobrepeso	280.00	Alto	147.3	Deseable	34.9	83	Inadecuado
53	83	76-92	2	4	1	45.5	1.43	22.3	Delgadez 2	180.00	Deseable	145.9	Deseable	35.8	89	Inadecuado
54	77	76-92	2	2	2	43	1.45	20.47	Delgadez 2	190.00	Deseable	158.6	Limite alto	34.9	90	Inadecuado
55	69	64-75	1	3	3	56.5	1.56	23.25	Normal	168.00	Deseable	143.3	Deseable	46.8	79	Adecuado
56	70	64-75	1	4	1	73.3	1.56	30.16	Sobrepeso	197.5	Alto	200	Alto	44.8	99	Adecuado
57	70	64-75	1	2	1	51	1.45	24.28	Normal	200.00	Limite alto	149.9	Deseable	48	84	Adecuado
58	75	64-75	2	2	2	45	1.46	23.68	Normal	178.00	Deseable	143	Deseable	34.9	80	Adecuado
59	76	76-92	2	2	2	46.5	1.43	22.79	Delgadez 2	180.00	Deseable	168.3	Limite alto	39	85	Inadecuado
60	81	76-92	1	4	1	51	1.49	22.97	Delgadez 2	150.00	Deseable	139.5	Deseable	44.8	81.3	Inadecuado
61	73	64-75	2	3	2	44	1.46	20.66	Delgadez 2	200.00	Limite alto	151.8	Limite alto	35.8	83.5	Inadecuado
62	73	64-75	2	2	2	56	1.47	25.93	Normal	220.8	Alto	148.69	Deseable	36.8	95	Inadecuado
63	85	76-92	2	4	1	52	1.5	23.11	Normal	185.6	Alto	156	Limite alto	34.9	84	Adecuado
64	82	76-92	1	2	1	57	1.5	25.33	Normal	194.6	Alto	240	Alto	46	81.3	Adecuado
65	77	76-92	2	3	2	54	1.41	27.16	Sobrepeso	190.00	Deseable	145	Deseable	36.9	94.6	Adecuado
66	66	64-75	1	3	3	65.5	1.5	25.59	Normal	246.8	Alto	163.1	Limite alto	45	98.3	Adecuado
67	66	64-75	1	3	3	52	1.53	22.22	Delgadez 2	200.00	Limite alto	148.3	Deseable	50	86	Inadecuado
68	73	64-75	2	2	1	57	1.44	27.54	Sobrepeso	167.3	Alto	250	Alto	40	75	Inadecuado
69	84	76-92	1	4	1	48	1.5	21.33	Delgadez 2	180.00	Deseable	146.8	Deseable	50	80	Inadecuado
70	87	76-92	1	4	1	80	1.64	29.74	Sobrepeso	167.9	Alto	240	Alto	55	91.2	Inadecuado
71	76	76-92	1	2	2	49	1.52	21.21	Delgadez 2	198.5	Alto	148	Deseable	45	75	Inadecuado
72	86	76-92	2	4	1	41	1.37	21.81	Delgadez 2	175.00	Deseable	145	Deseable	45	76	Inadecuado
73	79	76-92	1	3	3	60	1.56	22.69	Delgadez 2	180.00	Deseable	148	Deseable	48	80	Inadecuado
74	92	76-92	1	4	1	43	1.44	20.77	Delgadez 2	175.8	Alto	136	Deseable	47	88	Inadecuado
75	86	76-92	2	4	1	38	1.43	18.62	Delgadez 1	180.00	Deseable	146	Deseable	38	75	Adecuado
76	79	76-92	2	2	2	49	1.5	21.77	Delgadez 2	194.00	Deseable	134.6	Deseable	40	88.6	Adecuado
77	76	76-92	2	3	3	46.5	1.45	22.14	Delgadez 2	180.00	Deseable	254.6	Alto	38.6	87.3	Inadecuado
78	78	76-92	2	3	2	44.3	1.5	19.68	Delgadez 1	175.00	Deseable	145.8	Deseable	38	78	Inadecuado
79	80	76-92	1	4	1	57	1.52	24.68	Normal	164.00	Deseable	148.8	Deseable	46.8	84	Inadecuado
80	74	64-75	1	3	2	62	1.5	27.56	Sobrepeso	248.8	Alto	168.8	Limite alto	48	82	Inadecuado
81	79	76-92	1	3	3	54.5	1.54	22.99	Delgadez 2	184.6	Alto	148	Deseable	38.8	94	Inadecuado
82	81	76-92	2	4	1	76	1.53	32.47	Sobrepeso	175.6	Alto	184	Limite alto	39	85.6	Inadecuado
83	71	64-75	1	3	2	73	1.52	31.6	Sobrepeso	250.00	Alto	187.9	Limite alto	46	98.6	Adecuado
84	70	64-75	2	3	3	56	1.58	22.4	Delgadez 2	245.00	Alto	149.6	Deseable	37.6	84	Adecuado
85	81	76-92	2	2	1	47.7	1.43	23.38	Normal	165.00	Deseable	240.6	Alto	39	94	Adecuado
86	77	76-92	1	3	3	59	1.58	23.6	Normal	259.00	Alto	146	Deseable	46	99	Adecuado
87	69	64-75	2	2	2	62	1.67	22.22	Delgadez 2	200.00	Limite alto	187	Limite alto	36	76	Inadecuado
88	75	64-75	2	2	1	48	1.38	25								

Anexo 3. Solicitud para desarrollo de investigación

SOLICITUD DE PERMISO PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Señor

Dr. Jaime Florián Ángeles

Director de la Clínica EUROCLINIC S.A

Solicito autorización para desarrollar proyecto de investigación

Yo, ROSY MAGALI FERREL VEGA Identificada con DNI 43630731, Licenciada en Nutrición alumna de la escuela de postgrado de la Universidad Cesar Vallejo, me presento ante usted y expongo:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y así mismo solicitarle me permita desarrollar el proyecto de tesis denominado: **Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, Enero – Julio 2019;** a fin de obtener el grado de Magister en Gestión de los servicios de la Salud , comprometiéndome a respetar los reglamentos y normas de la institución y una vez finalizada la investigación dejar una copia de la misma.

Sin otro particular, me despido reiterando mis saludos y estima personal.

Atentamente



ROSY MAGALI FERREL VEGA

DNI: 43630731



CORPORACION MEDICA DE SERVICIOS INTEGRALES SAC
CORMESEIN SAC
Gerente General

Anexo 4. Autorización para desarrollar el proyecto de investigación



AUTORIZACIÓN

Trujillo 10 Julio del 2019

Dr. Jaime Florián Ángeles

Gerente de Clínica Euroclinic

Autorizo a Rosy Magali Ferrel Vega identificada con DNI N° 43630731, estudiante de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, realizar el trabajo de investigación en nuestra clínica Euroclinic, para su tesis de maestría denominada "Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica "Euroclinic", Trujillo, 2019, brindándoles las facilidades del caso para que pueda realizar las coordinaciones respectivas.

Se expide el presente documento para los fines que crea conveniente

Atentamente


DR. JAIME FLORIAN ANGELES
GERENTE GENERAL
CORMESEIN

Anexo 5. Validación de instrumento por expertos



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.”

OBJETIVO:

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.

ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.
- Establecer la relación entre los factores sociodemográficos (género, edad, grado de instrucción, estado civil) con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.
- Establecer la relación entre los factores nutricionales (IMC, hábitos alimentarios) con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.

DIRIGIDO A: Pacientes adultos mayores con dislipidemias que acuden a la clínica Euroclinic.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Marchena Cruzate, Maria Soledad.

GRADO ACADÉMICO DE EVALUADOR: Maestro en Salud Pública

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto ✓	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	--------	-------	------	----------

Maria S. Marchena C.
NUTRICIONISTA
EVALUADOR314

Anexo 6. Validación de instrumento por expertos



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.”

OBJETIVO:

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.

ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.
- Establecer la relación entre los factores sociodemográficos (género, edad, grado de instrucción, estado civil) con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.
- Establecer la relación entre los factores nutricionales (IMC, hábitos alimentarios) con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.

DIRIGIDO A: Pacientes adultos mayores con dislipidemias que acuden a la clínica Euroclinic.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: FLORIAN ANGELES JAIME

GRADO ACADÉMICO DE EVALUADOR: MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto <input checked="" type="checkbox"/>	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	--	-------	------	----------


DR. JAIME FLORIAN ANGELES
GERENTE GENERAL
CORMESEIN

**FIRMA DEL
EVALUADOR**

Anexo 7. Validación de instrumento por expertos



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.”

OBJETIVO:

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.

ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.
- Establecer la relación entre los factores sociodemográficos (género, edad, grado de instrucción, estado civil) con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.
- Establecer la relación entre los factores nutricionales (IMC, hábitos alimentarios) con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019.

DIRIGIDO A: Pacientes adultos mayores con dislipidemias que acuden a la clínica Euroclinic.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: CASTRO OLGUIN RUTH

GRADO ACADÉMICO DE EVALUADOR: ESPECIALISTA: NUTRICIÓN RENAL
ESPECIALISTA: DOCENCIA UNIVERSITARIA

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	-----------------	-------	------	----------


Dra. Ruth Olguin Castro
CNP 2432 - RNE 218
UNIDAD HEMODIALISIS Y NUTRICIÓN
HOSPITAL DON BOSCO - TRUJILLO
RESPONSABLE
EsSalud

Anexo 8. Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLE	MARCO TEÓRICO	DIMENSIONES	MÉTODOS
¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con la dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica "Euroclinic", Trujillo, enero – julio 2019?	Los factores sociodemográficos y nutricionales se relacionan significativamente con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica "Euroclinic", Trujillo, enero – julio 2019.	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con la dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica "Euroclinic", Trujillo, enero – julio 2019.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la frecuencia de la dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic. Enero 2019- julio 2019. Establecer la relación entre los factores sociodemográficos (genero, edad, grado de instrucción, estado civil) tienen relación con las dislipidemias según colesterol en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic. Enero 2019- julio 2019. Establecer la relación entre los factores nutricionales (IMC, hábitos alimentarios) tienen relación con las dislipidemias según colesterol en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic. Enero 2019- julio 2019. Establecer la relación entre los factores sociodemográficos (genero, edad, grado de instrucción, estado civil) tienen relación con las dislipidemias según triglicéridos en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic. Enero 2019- julio 2019. Establecer la relación entre los factores nutricionales (IMC, hábitos alimentarios) tienen relación con las dislipidemias según Triglicéridos en adultos mayores que acuden a la clínica Euroclinic. Enero 2019- julio 2019. 	<p>Variable 1:</p> <p>Factores sociodemográficos y nutricionales.</p>	<p>Conjunto de características que se le atribuye a cada miembro de la población como edad, genero, estado civil, grado de instrucción, estado nutricional .(Gil,2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Genero - Edad - Estado Civil - Grado de Instrucción - Estado Nutricional - Hábitos alimentarios 	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental – descriptivo correlacional simple.</p> <p>Población: Conformada por 174 adultos mayores de ambos sexos que acuden a la clínica Euroclinic.</p> <p>Muestra: Está conformada por 120 adultos mayores de ambos sexos que acuden a la clínica Euroclinic.</p> <p>Unidad de Análisis: Cada adulto mayor que se atiende en la clínica Euroclinic</p> <p>Técnica: Revisión documentaria</p> <p>Instrumento: Guía de revisión documentaria</p>
			<p>Variable 2:</p> <p>Dislipidemias en adultos mayores.</p>	<p>Conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, pueden ser de causa genética, dietética o enfermedad secundaria y generalmente se dividen según el valor de colesterol o triglicéridos (Guarda, Fajuri,Paredes,2016)</p>	<p>Hipercolesterolemia</p> <p>Trigliceridemia</p>	