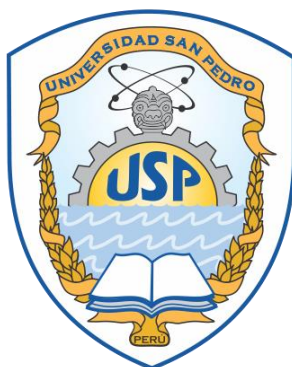


**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Estado nutricional del adulto mayor en la Casa Hogar**  
**Arzobispo Grosso - Cajamarca, 2017.**

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería

**Autora:**

**Linares Vásquez, Yanet Fiorela**

**Asesora**

**Mg. Mendoza Paredes, Lilia Margarita**

Cajamarca – Perú

2019

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS N.º 003 – 2019

En la ciudad de Cajamarca, siendo las 19 horas del día 11 de octubre del presente año, y estando dispuesto al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro/RCU 3036-2016 en su artículo 21°, se reunió el jurado Evaluador integrado por:

Dra. Emiliana Chilón Moza	Presidenta
Mg. Rosa Becerra Palomino	Secretaria
Mg. Julio César Guailupo Álvarez	Vocal

Con el objetivo de evaluar la sustentación del informe de tesis titulado “ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN LA CAS HOGAR ARZOBISPO GROSSO-CAJAMARCA 2017”, presentado por la Bachiller:

**YANET FIORELA LINARES VÁSQUEZ**

Efectuada la revisión y evaluación del mencionado informe, el Jurado Evaluador emite el siguiente fallo: **APROBAR** por **UNANIMIDAD** la sustentación de tesis, quedando expedita la Bachiller para optar el Título Profesional de licenciada en ENFERMERÍA.

Acto seguido fue llamado la Bachiller a quien la secretaria del Jurado Evaluador dio a conocer en acto público el resultado obtenido en la sustentación. Siendo las 20.30 horas se dio por terminado dicho acto.

Los miembros del Jurado Evaluador firman a continuación, dando fe de las conclusiones del acta:



Dra. Emiliana Chilón Moza

Presidenta



Mg. Rosa Becerra Palomino

Secretaria



Mg. Julio César Guailupo Álvarez

Vocal

c.c.: Interesada  
Expediente  
archivo

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo realizado con esfuerzo y dedicación en primer lugar a DIOS, por haberme dado la vida, brindarme salud y ser mí guía hacia el camino del bien.

Este trabajo de tesis va dedicado a mi madre Anita Vásquez, quien llena mi vida de felicidad y dicha, quien con su amor y paciencia me ha dado las fuerzas y la razón de seguir siempre adelante y han sido un pilar fundamental para alcanzar mi meta.

A mis hermanos y sobrinos quienes siempre han estado junto a mí brindándome su apoyo, por estar en mis alegrías y tristezas, no me queda más que decir que siempre los tendré presente en mi corazón.

*Fiorela.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Nuestro Señor; por darme la vida y permitirme conservar la fe, para alcanzar las metas trazadas y ser cada día mejor para mi desarrollo personal y profesional.

Mi gratitud a la Universidad San Pedro, que me abrió sus puertas y me brindó la oportunidad de adquirir conocimientos científicos, mismos que me forjaron para ser excelente profesional.

A mi asesora de desarrollo de tesis Lic. Lilia Margarita Mendoza Paredes, quién ha aportado con la asesoría de esta presente investigación, pues con sus conocimientos, disposición y paciencia me supo guiar para hacer posible este logro.

Agradezco de forma especial a los adultos mayores del de la casa hogar Arzobispo Grosso quienes colaboraron con el presente proyecto de investigación.

***Fiorela.***

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes la autorización del autor.

La Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

La Autora

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos .....	iii
Derecho de Autoría.....	iv
Índice de Contenidos .....	v
Índice de Tablas .....	vii
Índice de Figuras.....	ix
Palabras Clave.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
INTRODUCCIÓN .....	1
1. Antecedentes y fundamentación científica.....	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Fundamentación científica.....	6
2. Justificación de la investigación.....	23
3. Problema .....	23
4. Conceptualización y operacionalización de variables.....	24
5. Objetivos .....	25
5.1 Objetivo general .....	25
5.2 Objetivos específicos.....	25
METODOLOGÍA .....	26
1. Tipo y diseño de investigación.....	26

2. Población - Muestra .....	26
3. Técnicas e instrumentos de investigación .....	27
4. Procesamiento y análisis de la información .....	27
RESULTADOS .....	28
1. Índices de Composición Corporal .....	29
2. Evaluación Global .....	34
3. Parámetros dietéticos .....	37
4. Valoración subjetiva.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	48
1. Conclusiones .....	48
2. Recomendaciones.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	50
ANEXOS .....	53
Anexo 1 .....	54
Anexo 2 .....	55
Anexo 3 .....	58
Anexo 4 .....	59

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Clasificación de la Valoración Nutricional de las Personas Adultas Mayores según Índice de Masa Corporal (IMC). .....	17
<b>Tabla 2.</b> Operacionalización de Variables .....	24
<b>Tabla 3.</b> Índice de masa corporal de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	30
<b>Tabla 4.</b> Circunferencia Braquial de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	31
<b>Tabla 5.</b> Perímetro de pantorrilla de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	32
<b>Tabla 6.</b> Pérdida Reciente de peso (últimos 3 meses) de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	33
<b>Tabla 7.</b> Toma más de 3 medicamentos/ día, presentó enfermedad o situación de estrés en los últimos 3 meses y úlceras o lesiones cutáneas los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	34
<b>Tabla 8.</b> Movilidad de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	35
<b>Tabla 9.</b> Problemas neuropsicológicos de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	36
<b>Tabla 10.</b> Numero de comidas que consume al día los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	37
<b>Tabla 11.</b> Consumo de lácteos, carnes, huevos y legumbres los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017 .....	38
<b>Tabla 12.</b> Pérdida de apetito por problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	39
<b>Tabla 13.</b> Consumo de agua u otros líquidos al día de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	40



<b>Tabla 14.</b> Forma de alimentarse de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	41
<b>Tabla 15.</b> Consideran que tiene problemas nutricionales los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	43
<b>Tabla 16.</b> Estado de salud en comparación con personas de su edad de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	42

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Índice de masa corporal de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	30
<b>Figura 2.</b> Circunferencia Braquial de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	31
<b>Figura 3.</b> Perímetro de pantorrilla de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	32
<b>Figura 4.</b> Pérdida Reciente de peso (últimos 3 meses) de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	33
<b>Figura 5.</b> Toma más de 3 medicamentos/ día, presentó enfermedad o situación de estrés en los últimos 3 meses y úlceras o lesiones cutáneas los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	34
<b>Figura 6.</b> Movilidad de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso- Cajamarca-2017.....	35
<b>Figura 7.</b> Problemas neuropsicológicos de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	36
<b>Figura 8.</b> Numero de comidas que consume al día los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	37
<b>Figura 9.</b> Numero de comidas que consume al día los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	38
<b>Figura 10.</b> Pérdida de apetito por problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	39
<b>Figura 11.</b> Consumo de agua u otros líquidos al día de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	40
<b>Figura 12.</b> Forma de alimentarse de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017. ....	41
<b>Figura 13.</b> Consideran que tiene problemas nutricionales los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	43
<b>Figura 14.</b> Estado de salud en comparación con personas de su edad de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.....	42

## **Palabras Clave**

**Tema:** Estado nutricional, adulto mayor.

**Especialidad:** Enfermería

## **Key Words**

**Topic:** Nutritional status, elderly.

**Specialty:** Nursing

## **Línea de investigación**

### **OCDE**

**Área:** Médicas y de Salud

**Subárea:** Ciencias de la Salud

**Disciplina:** Salud Publica

**Línea de investigación:** Salud Publica

## RESUMEN

La investigación titulada Estado Nutricional del Adulto Mayor en la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017, tuvo como objetivo evaluar el Estado nutricional del adulto mayor en la Casa Hogar Arzobispo Grosso Cajamarca, 2017, fue una investigación con enfoque aplicativo, transversal, prospectivo, diseño no experimental. La muestra fue 74 adultos mayores (de ambos sexos de 60 a 90 años de edad); se utilizó como instrumento el cuestionario de MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL (GUIOZ, ET AL., 1994) y una ficha técnica de observación. Resultado; en cuanto a composición corporal el 64.9 % tienen una circunferencia braquial mayor o igual a 22 centímetros; el 67.6% tienen un perímetro de pantorrilla mayor a 31 cm; el 47.3% desconoce si perdió o no peso durante los 3 últimos meses; en la evaluación Global el 97.7 % no toman más de 3 medicamentos por día, el 67.6% no presento enfermedad en los últimos 3 meses y el 89.2% no presenta ulceras o lesiones cutáneas, el 91.9% tiene autonomía para moverse y el 63.5% no presentan problemas neuropsicológicos; en los parámetros dietéticos el 81.1 % consumen 3 comidas al día, no consumen lácteos el 94.6 %, carnes el 89.2 %, el 83.8 % consumen huevos y legumbres y el 100% consumen frutas y verduras, el 54.1% presento perdida moderada de apetito, el 77% toma de 3 a 5 vasos /día, el 85.1% se alimentan solos; en la valoración subjetiva el 85.1% no tienen problemas de nutrición y el 63.5% no saben su estado de salud. Conclusión: el 73% de los adultos mayores de la casa hogar Arzobispo Grosso Cajamarca se encuentran bien nutridos, el 15% tienen riesgo de desnutrición y el 12% están desnutridos; mediante la valoración de parámetros antropométricos (IMC) el 65% presenta delgadez, el 24% se encuentran normal, el 7% con sobrepeso y el 4% obesidad.

## ABSTRACT

The research entitled Nutritional Status of the Elderly in the Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017, aimed to assess the nutritional status of the elderly in the Casa Hogar Arzobispo Grosso Cajamarca, 2017, was an investigation with an applicative, transversal, prospective approach, non-experimental design. The sample was 74 older adults (of both sexes from 60 to 90 years of age); The questionnaire of MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (GUIOZ, ET AL., 1994) and a technical observation sheet were used as an instrument. Result; in terms of body composition, 64.9% have a brachial circumference greater than or equal to 22 centimeters; 67.6% have a calf perimeter greater than 31 cm; 47.3% do not know whether or not they lost weight during the last 3 months; In the Global assessment 97.7% do not take more than 3 medications per day, 67.6% have no disease in the last 3 months and 89.2% do not have ulcers or skin lesions, 91.9% have autonomy to move and 63.5% do not have neuropsychological problems; in the dietary parameters 81.1% consume 3 meals a day, 94.6% do not consume dairy, 89.2% meat, 83.8% consume eggs and legumes and 100% consume fruits and vegetables, 54.1% have a moderate loss of appetite, 77% drink 3 to 5 glasses / day, 85.1% feed themselves; in the subjective assessment 85.1% have no nutrition problems and 63.5% do not know their health status. Conclusion: 73% of older adults in the Archbishop Grosso Cajamarca household are well nourished, 15% are at risk of malnutrition and 12% are malnourished; Through the assessment of anthropometric parameters (BMI) 65% are thin, 24% are normal, 7% are overweight and 4% are obese.

# INTRODUCCIÓN

## 1. Antecedentes y fundamentación científica

### 1.1 Antecedentes

Existen estudios relacionados con el tema así tenemos a nivel internacional como los de (Alcivar, 2016), realizó el estudio *Estado Nutricional y Hábitos Alimenticios del Adulto Mayor Jubilado, “Asociación 12 de Abril” Cuenca, Ecuador*, con el objetivo de Determinar el estado nutricional y hábitos alimenticios del adulto mayor Jubilado, Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, con un universo finito de 60 adultos mayores, la técnica de investigación fue observación y recolección de información se utilizó como instrumentos: 2 formularios: MNA (Mini Nutritional Assessment), y Consumo de Hábitos y Prácticas Alimentarias. (Lera. L. 2015) Resultados: el 95% están en un estado nutricional normal, el 3% presentan riesgo de malnutrición, 2% tienen malnutrición; dentro de los hábitos alimentarios 97% ingiere agua, 71,6% consume comida rápida, y 60% ingieren pan. Concluyeron que los hábitos alimenticios influyen en el estado nutricional de los adultos mayores de la “Asociación 12 de abril”, puesto la presente investigación el 45% se encuentra con peso normal acuerdo a la clasificación la OMS.

Gonzales. J (2011). Realizó el estudio sobre *Evaluación del Estado Nutricional de un grupo de Adultos Mayores perteneciente al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romade la ciudad de Bogotá*, Colombia, con el objetivo de establecer la clasificación nutricional de 90 adultos mayores pertenecientes al Plan “Nueva Sonrisa” mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment, fue un estudio descriptivo, transversal; con una muestra de 80 adultos mayores y conto con tres etapas: Revisión de las historias clínicas, Aplicación del cuestionario Mini Nutritional Assesment (MNA).Encuesta al familiar o cuidador del adulto mayor. Los resultados revelaron que el 15% de la

población se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio.

Los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional, son los relacionados con parámetros dietéticos, el 86% no consume carnes, pescado y otros diariamente, el 84% no consume frutas o verduras dos veces al día y el 70% consume únicamente dos comidas al día; hubo concordancia (66%) entre las respuestas de sus familiares y los adultos mayores. Concluyo que en relación a la clasificación nutricional hay un índice muy alto de población en riesgo y malnutrición 81%. En frecuencia de consumo tienen una inadecuada ingesta de alimentos proteicos con alto valor biológico, limitado consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales; el 24% de la población ingiere tres comidas, es preocupante que el 76% solo consume 1 y 2 comidas, disminución en el apetito 39% y toma más de tres medicamentos al día 35%. Existe concordancia favorable de las respuestas entre los adultos mayores y sus familiares de 66% entre muy bueno y bueno.

López. G (2009), realizó el estudio *Estado Nutricional en el adulto mayor institucionalizado del estado de Colima, México*, el Objetivo fue determinar el estado nutricional que presentan los adultos mayores institucionalizados en cuatro asilos del estado de Colima mediante un instrumento de evaluación nutricional validado (MVA) e indicadores séricos. Metodología: Estudio trasversal, descriptivo realizado en 100 adultos mayores a los que se aplicó un instrumento validado para determinar el estado nutricional en nutrido, riesgo de desnutrición y desnutrición. Se cuantificaron las concentraciones séricas de albúmina, hemoglobina y ferritina. Se utilizó estadística descriptiva para analizar variables demográficas, t de Student, para buscar diferencias entre variables de razón y X<sup>2</sup> para comparar proporciones. Resultados: De 100 AM evaluados 53% son hombres, 47% son mujeres; la edad promedio es de  $85 \pm 7.32$  años. Por MNA, 20% están nutridos, 55% en riesgo de desnutrición y 25% en desnutrición.

La albúmina promedio es de  $4.73 \pm 0.57$  g/dL, hemoglobina de  $13.08 \pm 1.57$  g/dL es el indicador que evidencia diferencia entre el género y los resultados por MVN ( $p < 0.039$ ), mediana de ferritina 38.50 ng/ml. Concluyo que el estado nutricional del adulto mayor institucionalizado de Colima presenta una prevalencia del 55% para riesgo de desnutrición.

Roldan, (2011), realizaron el estudio sobre *“Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores de 50 años mediante parámetros dietéticos y de composición corporal”*, en Madrid España tiene como objetivo: Valorar el estado nutricional de adultos mayores mediante parámetros dietéticos y de composición corporal (masa), la muestra estuvo conformada por 49 adultos mayores de 50 años (23 hombres y 26 mujeres) con una media de edad de  $54,84 \pm 4,56$  años, empleados de una universidad privada. La composición corporal se analizó usando parámetros antropométricos. La ingesta de energía y nutrientes se recogió mediante un registro de todos los alimentos y bebidas consumidos durante 3 días, realizado por cada encuestado (previamente instruido) y estimando las cantidades a través de modelos fotográficos. Las necesidades energéticas totales se estimaron por las fórmulas de Harris-Benedict y FAO/OMS. Resultados: El índice de masa corporal fue similar ( $p = 0,018$ ) en hombres y mujeres ( $26,1 \pm 1,9$  y  $24,4 \pm 2,8$  kg/m<sup>2</sup>). El porcentaje de grasa obtenido por antropometría fue  $29,6 \pm 3,6$  y  $36,8 \pm 3,1\%$  ( $p = 0,000$ ) en hombres y mujeres respectivamente. La actividad física fue muy ligera-ligera. La ingesta diaria de energía se adecuaba a las necesidades totales cuando estas se determinaron por las fórmulas propuestas por la FAO/OMS. El perfil calórico indicaba un desequilibrio con un alto aporte de proteínas y lípidos y bajo de carbohidratos. Respecto a los micronutrientes las dietas evaluadas indicaron un aporte deficitario de ácido fólico y vitaminas D y E en ambos sexos y zinc y selenio también en mujeres. Conclusiones: Se han encontrado problemas de sobrepeso juzgados por el IMC y la circunferencia de la cintura y de obesidad según el porcentaje de grasa corporal con el potencial riesgo de desarrollar alguna complicación derivada de ello.



A nivel nacional también se realizaron estudios como los de Manayalle, P (2015) Perú realizó un estudio sobre “*Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región Lambayeque 2013*”, tuvo como objetivo establecer las características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los Centros del Adulto Mayor de la Región Lambayeque en un estudio descriptivo, transversal y prospectivo; en una muestra de 208 personas de 60 años a más pertenecientes a los Centros del Adulto Mayor, mediante un muestreo obtenido con el programa estadístico EPIDAT 3.1, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia; se aplicó el Mini Nutritional Assessment y una escala socioeconómico adaptado a la población lambayecana. Resultados: El 29.30% de adultos mayores tiene riesgo de malnutrición y 2.4% malnutrición, el Índice de Masa Corporal promedio es  $27.52 \pm 3.8$ , el 11.10% tiene circunferencia de pantorrilla  $<31\text{cm}$ , pérdida de peso en 37.50%, poli medicación en 36.50%, enfermedad aguda o estrés psicológico 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%. El Nivel Socioeconómico tiene asociación ( $p=0.003$ ) con el estado de nutrición según el MNA. Conclusiones: El 2.4% de adultos mayores identificados con malnutrición tiene poli medicación, enfermedad aguda o estrés psicológico y demencia o depresión. El nivel socioeconómico de ellos es entre Bajo Superior y NSE E Marginal.

Chávez, O y Fernández, A (2015), realizó un estudio sobre el *Estado nutricional de los adultos mayores del Asilo Hogar de Ancianos de Chiclayo Perú*, tiene como objetivo Determinar el estado nutricional de los adultos mayores del Asilo Hogar de Ancianos de Chiclayo, en un estudio de tipo cuantitativo – descriptivo y de diseño no experimental de corte transversal. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario MNA-SF, el cual consta de una confiabilidad de 99 % según estudios anteriores. La población estuvo constituida por 70 adultos mayores y la muestra representada por 50 adultos mayores entre hombres y mujeres.

El análisis de datos se realizó utilizando el Programa EXCELL y el análisis estadístico mediante el Software SPSS. En los resultados el 16% de los adultos mayores se encuentra en un estado nutricional normal, el 42% en riesgo de malnutrición y con igual porcentaje de 42% en malnutrición. Concluyo: que existe una alta incidencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en los adultos mayores del Asilo Hogar de Ancianos de Chiclayo. Confirmándose la necesidad intervenir y realizar rutinariamente evaluación del estado nutricional de los adultos mayores.

A nivel local se encontraron estudios relacionados con el tema como los de (Diaz V, 2017) que estudio *Estilos De Vida Y Estado Nutricional Del Adulto Mayor Essalud – Cajamarca*, tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor EsSalud, Febrero 2017; fue un estudio de tipo descriptivo correlacional corte transversal, la muestra estuvo constituida por 180 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: la escala del estilo de vida y la ficha de valoración nutricional según índice de masa corporal para el adulto mayor de 60 años a más; los mismos que fueron procesados a través del programa estadístico SPSS versión 21.0. Se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado, con 95% de confianza, para determinar la relación que existe entre las variables, concluyendo lo siguiente: La mayoría de los adultos mayores participantes en el estudio tienen un estilo de vida no saludable. Según las dimensiones del estilo de vida la de actividad física y crecimiento espiritual del estilo de vida obtuvieron los mayores porcentajes de conducta saludable. En el estado nutricional cerca de la mitad de los participantes se encuentran en estado nutricional alterado, representado por sobrepeso que alcanza más de la cuarta parte y la diferencia corresponde a obesidad y delgadez. No existiendo relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los Adultos Mayores de la Cartera del Adulto y Adulto Mayor de EsSalud  $P > 0,05$ ; sin embargo, según sexo para los hombres existe relación altamente significativa de Chi cuadrado  $P < 0,003$ .

También (Vigil, 2014) tuvo como propósito determinar la relación que existe entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la ciudad de Chota. Diseño descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 263 adultos mayores residentes en la ciudad de Chota.

Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista, se aplicaron dos instrumentos: Escala de Estilo de Vida elaborada por Walker, Sechrist y Pender, modificado por Diaz R; Delgado R; y Reyna E, quienes aplicaron el alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.794 para la confiabilidad del instrumento y la Ficha de Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado ( $X^2$ ). Los resultados establecen que el 82,9% de adultos mayores de la ciudad de Chota no practican un estilo de vida saludable, en cuanto a las dimensiones nutrición, actividad y ejercicio, apoyo interpersonal y responsabilidad en salud tienen estilos de vida no saludable; y en manejo de estrés y autorrealización si tienen estilos de vida saludables. En el estado nutricional del adulto mayor el 42,2% es normal, seguido del 35,7% para delgadez y el 22% tienen sobrepeso y obesidad. Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre estilo de vida y estado nutricional de los adultos mayores de la ciudad de Chota.

## **1.2 Fundamentación científica**

Esta investigación tiene una fundamentación científica, porque analiza la evidencia científica actual respecto a la nutrición en el adulto mayor, así como identificar los aspectos más relevantes de la misma que debe tener en cuenta el profesional de enfermería para brindar una educación nutricional acertada y adaptada a las necesidades individuales, esta área se consolida como necesaria para la investigación y práctica de enfermería en el envejecimiento, con tendencias y retos que incluyen: envejecimiento y nutrición, desnutrición y obesidad, evaluación dietética de enfermería, necesidades dietéticas especiales para los adultos mayores, papel importante que cumple enfermería en la intervención y asesoría nutricional, por medio de las actividades de promoción de la salud, sin embargo, la evidencia continúa siendo débil.

Es preciso continuar la investigación con un abordaje más integral que incluya las conductas, las condiciones económicas, culturales, sociales de las personas al igual que las necesidades dietéticas específicas para la etapa de envejecimiento.

### **1.2.1 Estado nutricional**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define nutrición como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

Según la (OMS, 2013) el estado nutricional es la condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. Es una condición interna del individuo que se refiere a la disponibilidad y utilización de la energía y los nutrientes a nivel celular.

Factores que determinan el estado nutricional: la alimentación, el estado de salud, cuidados y nutrición:

**La Alimentación:** disponibilidad, acceso y consumo de alimentos inocuos (no hace daño) y de buena calidad, costumbres alimentarias, gustos y preferencias.

**Estado de salud:** estado fisiológico, uso de los servicios de salud, saneamiento eficaz del medio ambiente e higiene de las actividades domésticas.

**Cuidados y nutrición:** capacidad de la familia y de la comunidad para cuidar de las personas vulnerables o dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades de estas personas.

## **El Estado Nutricional del adulto mayor**

Según (Torres, 2003) es la condición corporal resultante del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo. Existe una estrecha relación entre el estado de salud de la población, el estado nutricional y la aparición de diversas patologías tales como, la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo II, síndrome X y ciertos tipos de cánceres, las cuales se asocian con un índice de masa corporal (IMC) elevado y una distribución centralizada de la adiposidad corporal.

Terrones (2017), refiere que el estado nutricional se ve afectado por las características del envejecimiento que es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares celulares, fisiológicos, los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente y en parte se deben a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida.

Los factores de riesgo que provocan la malnutrición en el senescente son: falta de educación nutricional, ingesta inapropiada de alimentos (cantidad y/o calidad), pobreza, aislamiento social, dependencia y/o discapacidad, patologías asociadas (agudas y/o crónicas), tratamientos farmacológicos, edad avanzada, trastornos afectivos.

González (2011), además nos dice que existen elementos relacionados con el envejecimiento que van asociadas con una malnutrición y preferentemente con la desnutrición como: labilidad emocional, la ingesta exagerada, producto de estados ansiosos o de soledad.

## **Alteraciones del estado nutricional del adulto mayor**

D'hyver (1976), refiere que el estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta de alimentos; ellos a su vez son influenciados por otros factores, como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el

estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. Los órganos de los sentidos sufren cambios que repercuten en el estado nutricional. Así por ejemplo la sensibilidad gustativa disminuye presentándose hipogeusia lo que conlleva a la pérdida del placer por comer, ya que reduce la sensibilidad para distinguir los sabores salado y dulce.

La disminución de la agudeza visual conlleva a dificultades para leer la fecha de vencimiento y apreciar las características relacionadas con un buen estado higiénico de los alimentos. (Torres, 2003)

En el sistema digestivo los procesos son más lentos, hay una disminución importante en el proceso de absorción carbohidratos, lípidos, vitamina B12, calcio y vitamina D y disminución leve en algunas secreciones lo que conlleva a trastornos en la motilidad intestinal. (Torres, 2003)

### **Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor**

Desde la perspectiva psicosocial, los cambios que se generan en el envejecimiento ocurren en los ámbitos de cambios biológicos que corresponde a todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad; cambios psíquicos que se traduce en cambios en el comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias; y, los cambios sociales que estudia el papel del adulto mayor en la comunidad. A continuación, describimos los cambios que sufre el adulto mayor. (Torres, 2003)

#### **1. Cambios fisiológicos**

Es la pérdida progresiva de masa magra corporal es la característica más importante del envejecimiento lo que se traduce en una pérdida progresiva de tejidos principalmente en el musculo esquelético, la masa grasa aumenta y se redistribuye; los contenidos de agua y mineral óseo disminuyen. Los órganos de los sentidos sufren cambios que repercuten en el estado nutricional.

Así por ejemplo la sensibilidad gustativa disminuye presentándose hipogeusia lo que conlleva a la pérdida del placer por comer, ya que reduce la sensibilidad para distinguir los sabores salado y dulce. También se presentan cambios importantes los cuales se convierten en factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor y son:

**Sistema digestivo:** Buscar masticación Los procesos son más lentos, hay una disminución importante en el proceso de absorción carbohidratos, lípidos, vitamina B12, calcio y vitamina D y disminución leve en algunas secreciones lo que conlleva a trastornos en la motilidad intestinal. También se encuentra disminuida la sensación del gusto y del olfato, por lo que existe menor posibilidad de diferenciar sabores. Las papilas gustativas que más se afectan son las de la parte anterior de la lengua, las que diferencian gustos (dulces y salados).

**Sistema renal:** Presenta alteraciones en los mecanismos reguladores de la sed, disminución en la tasa de filtración glomerular y de secreción de renina, entre otros.

**Sistema inmunitario:** Disminuye la función de los linfocitos T y la producción de la interleucina 2, conllevando a una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas.

**Sistema endocrino:** Disminución en la secreción de la hormona de crecimiento, por tanto, pérdida de su función anabolizante.

**Sistema nervioso:** Los cambios producidos tanto en el contexto neuronal como químico pueden dar modificaciones en la función motora (marcha y equilibrio), en el proceso del sueño, cognitivos y de conducta.

**Otros cambios físicos:** Se presenta por la disminución de movimientos y capacidad respiratoria, lo que implica un ritmo más pausado.

Una disminución de los sentidos como: problemas a la vista, sordera y alteraciones al metabolismo. Disminución en el grosor de la piel lo que genera en parte una baja en la temperatura corporal. Estas alteraciones obligan en muchos casos a la utilización de implementos como silla de ruedas, bastones o burritos.

## **2. Cambios psicológicos**

(Torres, 2003), nos dice que el envejecimiento de las capacidades intelectuales, con la edad se acelera el declive de las capacidades intelectuales, lo que se traduce en pérdidas de las destrezas para solucionar problemas, deficiencia para la claridad de los procesos de pensamientos, alteración del lenguaje y expresión, alteración de la memoria. Sin embargo, los mayores superan a los jóvenes en un saber proveniente de la experiencia, el que, se conoce con el nombre de inteligencia depurada; el cual establece que al envejecer se refuerzan determinados procesos para compensar quizá, la disminución de la rapidez mental.

Se producen cambios afectivos y en la personalidad que deben ser considerados como normales y esperables, sin embargo, ante situaciones desconocidas influye en la capacidad de adaptación. Cuando la persona envejece sufre un aumento de la vivencia de pérdidas, sea ésta a nivel real o subjetivo. Son estas pérdidas que lo afectan en todos los ámbitos e implican un proceso de duelo. El superar la pérdida disminuye la posibilidad de que se produzcan nuevas crisis de identidad o que se atenúen las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores. Cuando los cambios físicos y biológicos generan una pérdida real o subjetiva, se muestran más acentuados los cambios psicológicos



### 3. Cambios sociales

Según (Torres, 2003), los cambios Sociales se manifiestan por la pérdida del papel productivo y de importancia familiar, además de una desconexión en las redes sociales, como, amigos y espacios públicos adecuados, implicando una auto marginación y aumento de las inseguridades. Tanto los cambios sociales como mentales pueden derivar en patologías depresivas y angustiosas. Según el grado de incidencia de las alteraciones y la dependencia asociadas a estas, los adultos mayores se clasifican en tres:

**Autovalentes:** No necesitan ayuda externa para sus actividades cotidianas poseen capacidad de comprensión y asimilación de la realidad. Rara vez tienen pérdida de memoria.

**Semivalentes:** Necesitan algún tipo de apoyo y ayuda, principalmente sensación de seguridad. Presentan pérdidas de memoria inmediata, por lo que necesitan ciertos cuidados de vigilancia.

**Postrados:** Padecen de invalidez severa y necesitan de terceros para realizar sus necesidades básicas. Generalmente deben mantenerse en cama.

#### **Evaluación Nutricional del adulto mayor**

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la valoración o evaluación nutricional es la interpretación de la información obtenida de estudios antropométricos, bioquímicos y/o clínicos que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de los individuos o de poblaciones.

Para el Ministerio de Salud del Perú, la valoración o evaluación nutricional, es el conjunto de procedimientos que permite determinar el estado nutricional de una persona, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y determinar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional.

Y además nos dice que la valoración o evaluación nutricional antropométrica es la determinación de la valoración nutricional de la persona adulta mayor mediante la toma de peso, medición de talla y otras medidas antropométricas.

Gutiérrez (2010), la Evaluación o valoración del estado nutricional no solamente son determinados por indicadores antropométricos sino además por indicadores acclínicos y bioquímicos. Para lo cual se usan:

**Métodos antropométricos:** se usan mediciones de las dimensiones físicas y composición del cuerpo.

**Métodos bioquímicos:** incluyen la medición de un nutriente o sus metabolitos en sangre, heces u orina o medición de una variedad de compuestos en sangre y otros tejidos que tengan relación con el estado nutricional.

**Métodos clínicos:** para obtener los signos y síntomas asociados a la malnutrición. Los síntomas y signos son con frecuencia no específicos y se desarrollan solamente en un estado avanzado de la depleción nutricional.

**Métodos dietéticos:** incluyen encuestas para medir la cantidad de alimentos consumidos durante uno o varios días o la evaluación de los patrones de alimentación durante varios meses previos.

**Método Antropométrico que evalúa el estado nutricional del adulto mayor**

Según la OMS es un método de campo de mayor uso para estimar la composición corporal, evaluar el tamaño y las proporciones y por ser rápido y de bajo costo es aplicable en todo el mundo. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia.

Aunque los mayores atractivos de la antropometría son su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria, debe considerarse que las mediciones aisladas son de limitado valor. Si bien estas mediciones se obtienen con relativa facilidad, ellas son difíciles de evaluar considerando que la función y problemas de salud asociados son aún materia de debate en ancianos. Más aún, es posible que las medidas antropométricas no aporten una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la centralización e internalización de la grasa corporal por la redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia áreas internas y centrales, que ocurre con la edad. (Gutierrez G, 2013)

Sin embargo, las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica. En el anciano la necesidad de tener datos exactos se hace cada vez más importante a medida que un número mayor de personas alcanzan una edad avanzada y no hay disponibles estándares de referencia apropiados. (Gutierrez G, 2013)

El componente de antropometría comprende: la recolección, proceso y análisis de un conjunto de medidas corporales. Las mediciones antropométricas más usadas en el anciano son peso, talla, pliegues tricipital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, muy útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los ancianos. El indicador antropométrico de mayor uso para la evaluación de los adultos es el índice de masa corporal (IMC), recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se usa para estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en el estado nutricional (tamizaje de la obesidad). Sin embargo, varios autores han demostrado que este índice tiene poca sensibilidad para diagnosticar la obesidad por sus limitaciones para diferenciar la masa grasa y la libre de grasa del cuerpo humano. (Gutierrez G, 2013)

## **El Mini Valor nutricional (MNA)**

Es una herramienta útil, rápida fácil y fiable (sensibilidad del 96% y especificidad del 98%) que permite detectar el riesgo de malnutrición en el adulto mayor.

El MNA comprende 18 puntos los cuales acogen mediciones sencillas y preguntas breves que pueden completarse en 10 min. Esta herramienta distingue los siguientes grupos de resultados:

1. Estado nutricional satisfactorio:  $MNA \geq 24$
2. Riesgo de malnutrición:  $17 \leq MNA \leq 23,5$  y
3. Malnutrición:  $MNA < 17$ .

### **1. Parámetros antropométricos**

Las mediciones antropométricas más común mente usadas en el adulto mayor para la valoración del estado nutricional son el peso, talla, pliegues cutáneos, circunferencias, altura rodilla.

Composición corporal: El peso corporal, los cambios en el peso y el índice de masa corporal reflejan el tamaño corporal y son indicadores del estado de nutrición y de riesgo, son fáciles de obtener, pero no dan información sobre la composición corporal, en particular, de la cantidad de masa corporal libre de grasa y de masa grasa. Ambos compartimentos son útiles para evaluar el estado de nutrición y el riesgo de mortalidad. En la actualidad se reconoce que la masa corporal libre de grasa disminuye conforme aumenta la edad mientras que la grasa corporal se incrementa (17, 3, 30). Recientemente las mediciones de la composición corporal, en especial la masa corporal libre de grasa, se ha propuesto como un indicador de desnutrición en los adultos mayores. Hasta la fecha, la masa corporal libre de grasa, la masa grasa y el índice de masa corporal se han utilizado como factores de riesgo. (OMS, 2013).

**Talla:** Es un parámetro en ocasiones difícil de valorar, debido a la dificultad de algunos ancianos para lograr una adecuada posición erecta para la obtención de la medida. Por esta razón y en los casos en que no sea posible obtener la medida con el paciente de pie, se recomienda estimar la talla utilizando la fórmula propuesta por Chumlea, que estima la talla a partir de la altura de rodilla.

En el caso de que no pueda tomar la talla real del paciente por alteración de la anatomía de la columna, amputaciones o inmovilidad que impida que se ponga de pie, utilice la fórmula talón-rodilla para estimar la talla.

- a. Altura hombres:  $64,19 - (0,04 \times \text{edad}) + (2,02 \times \text{altura de rodilla})$
  - b. Altura mujeres:  $84,88 - (0,24 \times \text{edad}) + (1,83 \times \text{altura rodilla})$ .
- (OMS, 2013)

**Peso:** Es un parámetro altamente confiable en población geriátrica. Siempre se debe evaluar en función de su variación y causas de la misma. Es importante tener en cuenta que la pérdida involuntaria de peso, aunque puede ser algo fisiológico, está realmente no es significativa y está establecida en alrededor del 1% por año. Una pérdida mayor al 5% del peso en cualquier periodo de tiempo está altamente relacionada con aumento en la morbilidad y mortalidad. (OMS, 2013)

## 2. Índice Masa Corporal (IMC)

Para la Quetelet (1956), es la relación que existe entre el peso y la talla. Sirve para identificar: Bajo Peso, Peso Normal, Sobrepeso y Obesidad. El IMC se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado, como se observa en la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso(kg)}}{\text{Talla(cm)}^2}$$

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica se debe realizar con el Índice de Masa Corporal (IMC). En ese sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla y el resultado deberán ser comparados con el cuadro de clasificación del estado nutricional según el IMC. (OMS, 2013)

Clasificación de la Valoración Nutricional de las Personas Adultas Mayores según Índice de Masa Corporal (IMC).

**Cuadro 1.** Clasificación de la Valoración Nutricional de las Personas Adultas Mayores según Índice de Masa Corporal (IMC).

<b>CLASIFICACION</b>	<b>IMC (<math>Kg/m^2</math>)</b>
Delgadez	$\leq 23$
Normal	$>23$ a $< 28$
Sobrepeso	$\geq 28$ a $< 32$
Obesidad	$\geq 32$

Fuente: SENPE, 2006

La clasificación de la valoración nutricional con el IMC es referencial en esta etapa de vida, debido a que las modificaciones corporales que ocurren durante el proceso de envejecimiento, afectan las medidas antropométricas como el peso y la talla requiriendo que la persona adulta mayor sea evaluada de manera integral.

### **Interpretación de los Valores de Índice de Masa Corporal (IMC)**

**Delgadez:** Las personas adultas mayores con un  $IMC \leq 23,0$  son clasificadas con valoración nutricional de “Delgadez”, que es una malnutrición por déficit, y puede estar asociado a diferentes problemas, tales como: psíquicos (depresión, trastornos de memoria o confusión, manía, alcoholismo, tabaquismo), sensoriales (disminución del sentido del gusto, visión, auditivo),

físicos (movilidad, astenia), sociales (soledad, malos hábitos dietéticos, maltrato), bucales (falta de piezas dentarias), digestivos (malabsorción), hipercatabólicas (cáncer, diabetes), entre otras

**Normal:** Las personas adultas mayores con un IMC de  $> 23$  a  $< 28$ , son clasificadas con valoración nutricional “Normal”, y es el IMC que debe tener y mantener esta población, de manera constante.

**Sobrepeso:** Las personas adultas mayores con un IMC de  $\geq 28$  a  $< 32$ , son clasificadas con valoración nutricional de “Sobrepeso”, que es una malnutrición por exceso, caracterizado por la ingesta elevada de calorías, malos hábitos alimentarios, escasa actividad física, entre otros.

**Obesidad:** Las personas adultas mayores con un IMC  $\geq 32$ , son clasificadas con valoración nutricional de “Obesidad”, que es una malnutrición por exceso, e indica un mayor riesgo de sufrir de enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mamas, diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente, enfermedad por reflujo gastroesofágico, osteoartritis, y pérdida de la movilidad.

### **1.2.2 Adulto mayor**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulto mayor a las personas que tienen más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. También define a las personas de 60 a 74 años como edad avanzada, como viejas o ancianas a las personas de 75 a 90 años y las mayores a 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos, sin embargo, a todo individuo mayor de 60 años se le considerará persona de tercera edad.

Las Naciones Unidas atribuye el término de anciano dependiendo del desarrollo del país, siendo anciano toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y a partir de 60 años para los países en desarrollo.

El Estado Peruano en el año 1998 define al grupo poblacional “Adultos Mayores” a las personas mayores de 60 años para sus lineamientos de trabajo.

En la “Asamblea mundial sobre el Envejecimiento” convocada por la ONU en Viena en 1982, se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más y a partir del año 1996, la ONU denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General.

Existen términos como: viejo, anciano, senecto, entre otros. Cada cultura ha manejado el término que por tradición o historia le es más conveniente, por lo que podemos utilizarlos como sinónimo y referirnos al mismo grupo etéreo.(Organización Mundial de la Salud, 1991)

El Estado Peruano establece la política nacional de salud y el Ministerio de Salud como ente rector tiene la responsabilidad de normar, conducir, supervisar y evaluar de manera descentralizada su cumplimiento para facilitar que todas las personas adultas mayores accedan a los servicios de salud, con la finalidad de contribuir a mejorar su calidad de vida, priorizando a la población en situación de vulnerabilidad, promoviendo el ejercicio de sus derechos, el acceso a oportunidades y al desarrollo de sus propias capacidades. El MINSA en cumplimiento de sus funciones y teniendo como marco el modelo de atención integral de salud basada en familia y comunidad, orienta sus intervenciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de la salud y de desarrollo de un entorno saludable para las personas adultas mayores, disponiendo el desarrollo de instrumentos y herramientas para proveer un atención de calidad. (Ministerio de Salud , 2014)

Cabe señalar que en el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores: El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población.



De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%). Estas cifras confirman que, en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad (40, 45). (INEI, 2017)

Frais (2003), define al Adulto mayor como la tercera edad que se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años” esta misma autora señala que hasta hoy en día los autores estudiosos de la edad los incluyen a todos como adultos mayores o ancianos, indistintamente, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo.(Frais, 2003)

Los adultos mayores por ser una población que presenta varios cambios ya sean por causas propias de la edad o causas externas tienen gran riesgo de presentar algún problema de salud y se convierten en un grupo vulnerable y susceptible, pero no por eso hay que tener miedo a llegar a esta etapa de la vida pues hay muchas personas que relacionan la vejez con la enfermedad cuando no es así, en ésta etapa se presentan las enfermedades con mayor frecuencia sí, pero no por eso el anciano es una enfermedad así como dice Ferreira y González la vejez no es sinónimo de enfermedad es solo un proceso continuo, progresivo e irreversible que junto a factores como lo psicológico y social llevan al anciano a presentar problemas de salud, por esa razón hay que ayudar por medio de programas de atención integral para mejorar el estado general del anciano.

### **Teorías del Adulto mayor**

Existen diferentes teorías que intentan explicar el proceso de envejecimiento desde diferentes perspectivas, y todas ellas enfocadas biológicamente.

**Teoría del Desgaste:** Esta teoría considera que el envejecimiento se produce por la pérdida de células debido a su vez al uso y deterioro del cuerpo. Por lo tanto, la regeneración de los tejidos no puede llevarse a cabo y el cuerpo es incapaz de mantener un medio interno estable, según esta teoría mientras más rápidamente vive una persona de igual manera muere.

**Teoría Endocrina:** Esta teoría nos dice que se produce por una pérdida de las secreciones hormonales, en especial de las glándulas sexuales, que produciría el decaimiento orgánico que acarrea el envejecimiento. El padre de esta teoría fue el insigne Brown-Séquard, basada en su auto inyección de macerados de testículo, y Voronoff, conocido por los implantes de testículo de gorila. (Brown-Séquard, 2010)

**Teoría de los radicales libres:** Esta teoría se basa en un fenómeno común que se produce en las células vivas de los organismos aerobios (aquellos que necesitan del oxígeno para vivir), el de los procesos o reacciones químicas de oxidación-reducción. Estas reacciones químicas, presentes en la mayoría de las vías metabólicas celulares, generan los llamados radicales libres, en especial los radicales libres de oxígeno (peróxido, superóxido e hidroxilo). Estos radicales libres se combinan a su vez con múltiples reacciones celulares y su acumulación produce alteraciones de la función celular que causan su muerte. Para evitar estos efectos, las células disponen de los llamados sistemas aclaradores, sistemas enzimáticos como la superóxido dismutasa o la catalasa. (Harman, 1972)

**Teoría del reloj Biológico:** Según esta teoría, el proceso de envejecimiento está genéticamente programado. Dicho de otro modo, existiría el llamado gen del envejecimiento que, en un momento determinado, provocaría la aparición de los cambios moleculares, celulares y de sistemas que se observan con el envejecimiento. Con el incremento de la edad, envejecimiento, el hipotálamo a través de diferentes neurotransmisores activa la producción de linfocitos T en el timo.

Estos atacan inmunológicamente a las células viejas del propio organismo produciendo su muerte. Además, afirma que el proceso de envejecer es un mecanismo programado; como si las células consideraran solamente un número predeterminado de reproducciones durante nuestra vida. Distintos factores tales como el stress, nutrición, cambios degenerativos y modificaciones inmunológicas y hormonales inciden directamente sobre el potencial-cronómetro de división celular.(Burnet, 2004)

## **2. Justificación de la investigación**

La realidad observada en cuanto al estado nutricional de los adultos mayores durante mis prácticas profesionales en la casa hogar Arzobispo Grosso me motivo a realizar el presente estudio titulado: “Estado Nutricional del Adulto Mayor Casa Hogar Arzobispo Grosso”, el cual servirá para explorar un aspecto importante en la salud integral de este grupo etario (adulto mayor).

A nivel social se desea favorecer el avance del conocimiento sobre el estado nutricional del adulto mayor, a fin de corregir algunos aspectos relacionados al tipo de alimentación que reciben los adultos mayores, el cual servirá para que el personal encargado tenga conocimiento sobre el verdadero estado nutricional y de esta manera pueda corregir algunos aspectos relacionados al mismo y puedan tomar acciones de mejora.

Este estudio es considerado muy relevante porque se indagara un problema que afecta a un grupo vulnerable como lo es el adulto mayor, además no existen trabajos de investigación referentes al estado nutricional en adultos albergados en casa de reposo guiados por el principio de beneficencia, la cual constituirá un importante base para otras investigaciones relacionadas a nuestra carrera profesional de enfermería, así mismo los resultados permitirán analizar y reflexionar sobre la situación nutricional de los adultos mayores en Cajamarca, especialmente en la casa hogar Arzobispo Grosso.

La investigación al respecto sobre estado nutricional en el adulto mayor se enmarca en tales tendencias y se acomoda a la realidad de la casa hogar Arzobispo Grosso- Cajamarca.

## **3. Problema**

¿ Qué estado Nutricional tienen los Adultos Mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso Cajamarca, 2017?

#### 4. Conceptualización y operacionalización de variables

**Estado nutricional del adulto mayor.** Es la condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes.

##### 4.1 Operacionalización de variables

**Cuadro 2.** Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual de variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<b>Estado nutricional del adulto mayor</b>	Es la condición corporal resultante del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo. el estado nutricional se ve afectado por las características del envejecimiento que es un fenómeno complejo	Índice de Composición Corporal	Índice de masa corporal	Nominal
			Circunferencia Braquial	
			Perímetro De Pantorrilla	
			Perdida Reciente de peso (últimos 3 meses)	
		Evaluación global	Toma más de 3 medicamentos / día	
			Presentó enfermedad, estrés en los últimos 3 meses	
			Movilidad	
			Problemas neuropsicológicos	
			Ulceras o lesiones cutáneas	
		Parámetros dietéticos	Nº de comidas por día	
			Consume lácteos, carnes, huevos y legumbres	
			Consume frutas y verduras al menos 2 veces por día	
			Ha perdido apetito	
			Consume de agua u otros líquidos al día	
			Forma de alimentarse	
Valoración subjetiva	Considera que tiene problemas nutricionales			
	Cómo encuentra su estado de salud			

**Fuente:** Elaborada por el autor

## **5. Objetivos**

### **5.1 Objetivo general**

Evaluar el estado Nutricional del Adulto Mayor en la Casa Hogar Arzobispo Grosso Cajamarca, 2017.

### **5.2 Objetivos específicos**

Identificar el estado nutricional de los Adultos Mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso Cajamarca, 2017; mediante la valoración de parámetros antropométricos.

Identificar el estado nutricional de los Adultos Mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso Cajamarca, 2017; mediante la evaluación de la mini valoración nutricional.

## METODOLOGÍA

### 1. Tipo y diseño de investigación

Enfoque – Cuantitativo

Nivel Investigativo – Descriptivo

Tipo de Investigación: Transversal- Prospectivo

Diseño de investigación: No experimental.

### 2. Población - Muestra

**Población:** Estuvo Conformada por 90 adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso.

**Muestra:** Calculada según fórmula estadística, donde el nivel de confianza es de 95% y nivel de significancia es 5%, nos da como muestra para el presente investigación de 74 adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso. La determinación de las unidades muestrales obedece a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= 90 adultos mayores

Z= 1.96 (Confiabilidad al 95%)

P= 0.50 (Proporción estimada de máxima variabilidad)

Q= 0.50 (Complemento de P)

E= 0.05 (Tolerancia de error en las mediciones)

Aplicando la fórmula:

n= 74 adultos mayores

## **Criterios de Elegibilidad**

### **a. Criterios de inclusión**

Adultos mayores que se encuentran en la casa hogar por más de 6 meses  
Adultos mayores que desean participar del estudio.

### **b. Criterios de exclusión**

Adultos mayores que se encuentran en la casa hogar por menos de 6 meses.  
Adultos mayores que no desean participar del estudio

## **3. Técnicas e instrumentos de investigación**

**Método:** Se utilizará el método descriptivo

**Técnica:** Observación científica, documentación y entrevista

**Instrumento:** Cuestionario de MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL (GUIOZ, ET AL., 1994)

Es instrumento genérico de medición del estado nutricional, contiene 18 preguntas para evaluar cuatro dimensiones: índices antropométricos, (compuesta por 4 preguntas), evaluación global (incluye seis preguntas), parámetros dietéticos (con seis preguntas) y valoración subjetiva (contiene dos preguntas) y 5 preguntas de información socio-demográfica. La valoración será como máximo con 30 puntos y se considerará  $\geq 24$  puntos: Bien Nutridos; de 17 a 23.5 puntos: Riesgo de desnutrición y  $< 17$  puntos: Desnutrido: A mayor puntuación, mejor estado nutricional y una ficha de valoración nutricional por índices antropométricos de los adultos mayores para medir peso, talla índice de masa corporal (IMC).

## **4. Procesamiento y análisis de la información**

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel empleando tablas simples y de doble entrada para la presentación de los resultados. Asimismo, para el análisis de datos, se utilizará la estadística descriptiva, de acuerdo a los objetivos establecidos.

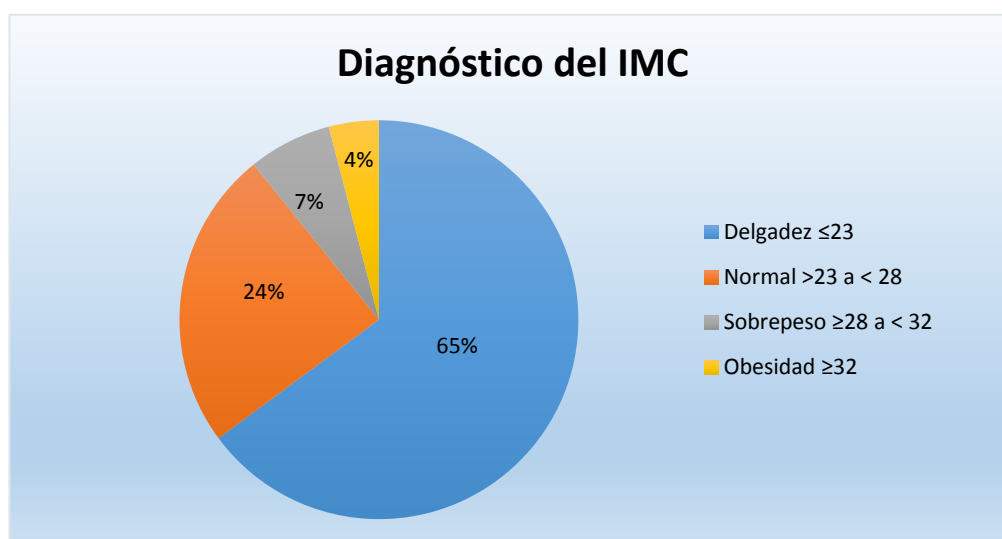


## RESULTADOS

De la muestra de 74 adultos mayores, el 41.9% son de sexo masculino (31) y el 58.1 % de sexo femenino (43); cuyas edades oscilan entre 60 a 90 años.

**Tabla 1.** Diagnóstico del Índice de Masa Corporal (IMC) de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

IMC	Nº	%
Delgadez $\leq 23$	48	65%
Normal $>23$ a $< 28$	18	24%
Sobrepeso $\geq 28$ a $< 32$	5	7%
Obesidad $\geq 32$	8	4%
Total	74	100

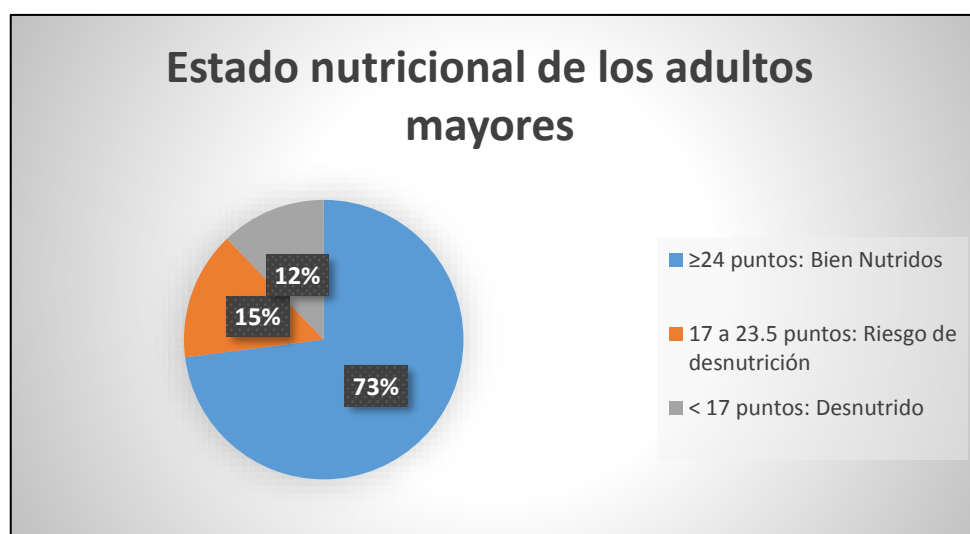


**Figura 1.** Diagnóstico del Índice de Masa Corporal (IMC) de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

Los resultados obtenidos respecto al diagnóstico del índice de masa corporal se observa que el 65% presentan delgadez, el 24% se encuentran normal, seguida del 7% con sobrepeso y solo el 4% presentan obesidad.

**Tabla 2.** Interpretación del Estado nutricional de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

Estado nutricional	Nº	%
≥24 puntos: Bien Nutridos	54	73%
17 a 23.5 puntos: Riesgo de desnutrición	11	15%
< 17 puntos: Desnutrido	9	12%
Total	74	100



**Figura 2.** Estado nutricional de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.  
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

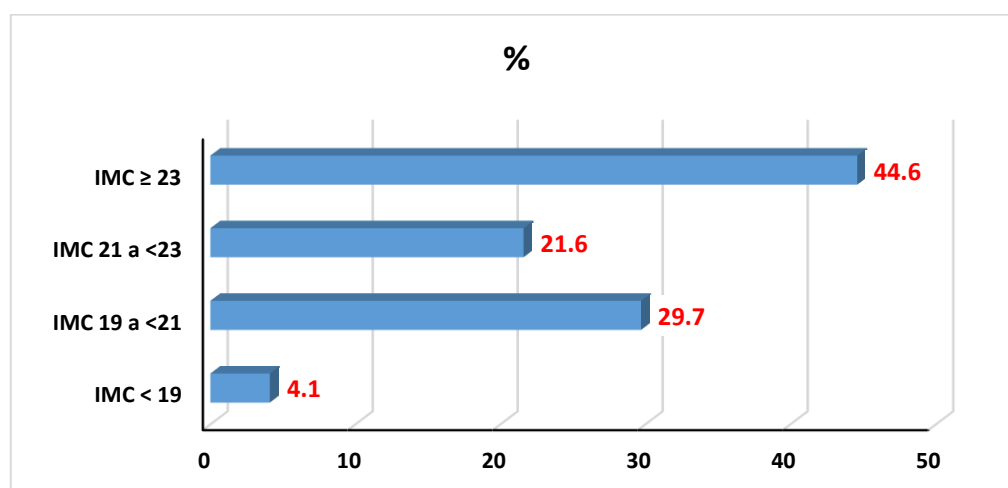
En la tabla y figura se observa que el 73 % se encuentran bien nutridos, 15 % tienen riesgo de desnutrición y solo el 12% están desnutridos; lo que significa que según el instrumento de MNA los adultos mayores estarían entre un estado nutricional satisfactorio (bien nutridos) y riesgo de desnutrición y solo un mínimo porcentaje estaría en malnutrición (desnutrición).

## 1. Índices de Composición Corporal

**Tabla 3.** Índice de masa corporal de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

IMC	Frecuencia	%
<19	3	4,1
De 19 a <21	22	29,7
De 21 a <23	16	21,6
≥23	33	44,6
TOTAL	74	100,0

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 3.** Índice de masa corporal de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

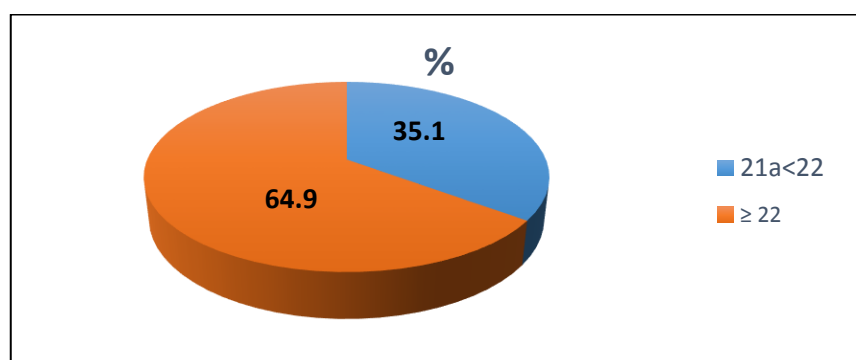
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura se observa que el 44.6 % tienen un índice de masa corporal > de 23, el 51.3 % un índice de masa corporal entre 19 a < 23 y solo el 4.1 % un índice de masa corporal < de 19. Los cambios en la composición corporal asociados a la edad, incluidas las etapas más avanzadas, son distintos en varones y mujeres, lo que se refleja directamente en las medidas antropométricas.

**Tabla 4.** Circunferencia Braquial de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

C/B	Nº	%
<b>21 a &lt; 22</b>	26	35.1
<b>≥ 22</b>	48	<b>64.9</b>
<b>Total</b>	74	100

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 4.** Circunferencia Braquial de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

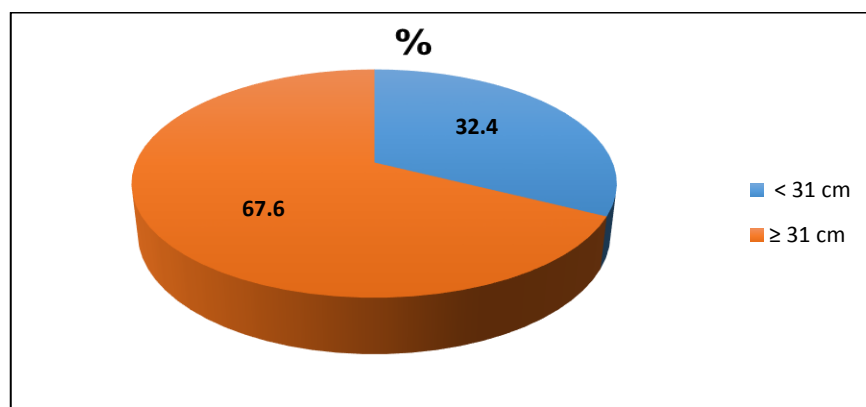
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura se observa que el 64.9 % de los adultos mayores tienen una circunferencia braquial mayor o igual a 22 centímetros y el 35.1 % tiene entre 21 a < 22 cm. Esta medida nos permite estimar la masa muscular, estima la reserva proteica del músculo y evalúa la reserva grasa y muscular además ayuda en la detección de malnutrición. Comparando con estándares establecidos podríamos decir que está dentro parámetros normales que es en Hombres > 23 cm Mujeres > 22cm. Es bastante común que en el adulto mayor se presente una disminución de la circunferencia braquial, como respuesta al envejecimiento, disminución del área del músculo esquelético, también se ve asociado a la disminución de la actividad física y actividades rutinarias en el adulto mayor.

**Tabla 5.** Perímetro de pantorrilla de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

<b>P/P</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>&lt; 31 cm</b>	24	32.4
<b>≥ 31 cm</b>	50	<b>67.6</b>
<b>Total</b>	74	100

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 5.** Perímetro de pantorrilla de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

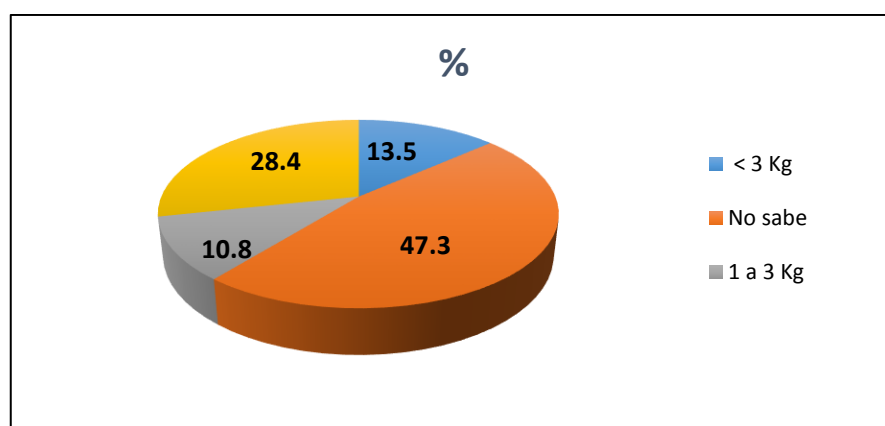
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

De la tabla y figura al valorar el perímetro de pantorrilla de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso encontramos que el 67.6% es mayor a 31 cm y el 32.4 % tiene menor o igual a 31 cm; La circunferencia de pantorrilla en los adultos mayores es una medida más sensible a la pérdida de tejido muscular que la del brazo, especialmente cuando hay disminución de la actividad física es una medida para valorar el estado nutricional y como indicador de riesgo de desnutrición en personas mayores.

**Tabla 6.** Pérdida Reciente de peso (últimos 3 meses) de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

<b>Pérdida de peso</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
< 3 Kg	10	13.5
No sabe	35	47.3
1 a 3 Kg	8	10.8
No perdió peso	21	28.4
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 6.** Pérdida Reciente de peso (últimos 3 meses) de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

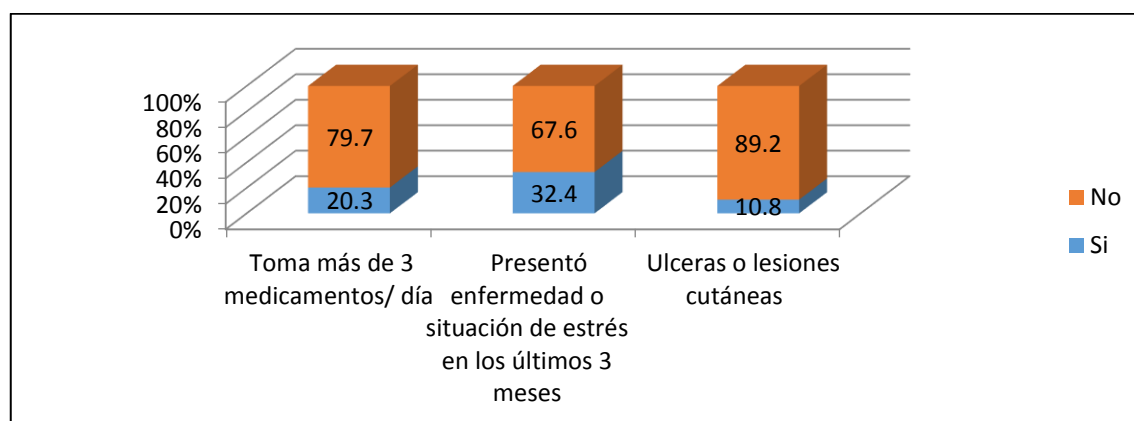
En la tabla y gráfico se observa que al evaluar si el adulto mayor ha perdido peso en los últimos 3 meses, el 47.3% no sabe si perdió o no peso, el 28.4% no perdió peso, el 13.5% perdió menos de 3 kilos de peso y el 10.8 % perdió entre 1 a 3 kilos de peso durante los últimos tres meses. Esto significa que el adulto mayor de la casa hogar desconoce en su mayoría sobre si perdió peso o no, lo que es importante determinarlo para disminuir los riesgos de desnutrición.

## 2. Evaluación Global

**Tabla 7.** Toma más de 3 medicamentos/ día, presentó enfermedad o situación de estrés en los últimos 3 meses y úlceras o lesiones cutáneas los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

Ítems	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Toma más de 3 medicamentos/ día	15	20.3	59	79.7
Presentó enfermedad o situación de estrés en los últimos 3 meses	24	32.4	50	67.6
Úlceras o lesiones cutáneas	8	10.8	66	89.2

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 7.** Toma más de 3 medicamentos/ día, presentó enfermedad o situación de estrés en los últimos 3 meses y úlceras o lesiones cutáneas los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

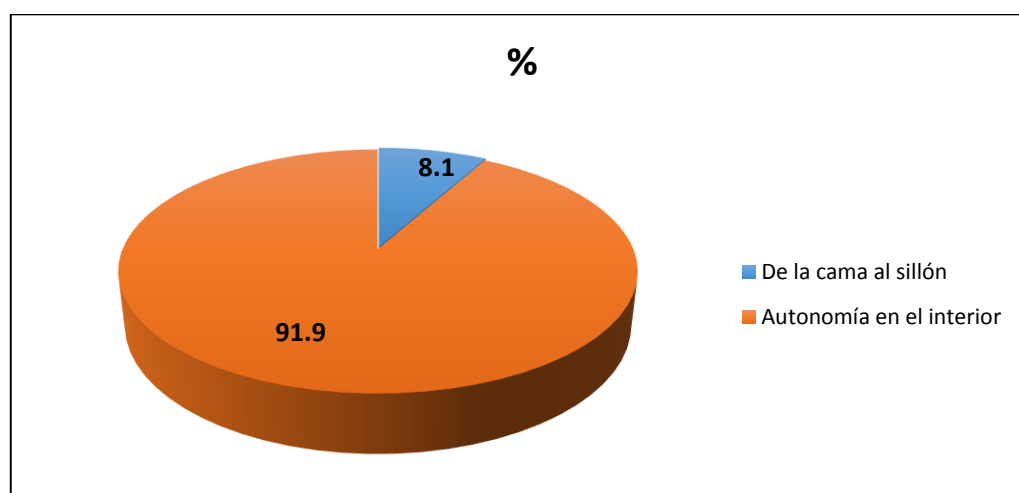
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y el figura observamos que los adultos mayores de la casa hogar Arzobispo Grosso en un 97.7 % no toman más de 3 medicamentos por día, el 67.6% no presento enfermedad o presento estrés los últimos 3 meses y el 89.2% no presenta úlceras o lesiones cutáneas; lo que significa que la salud de la mayoría de los adultos mayores son adecuadas teniendo en cuenta que el envejecimiento es un proceso fisiológico, complejo y benigno, que es muy diferente de un individuo a otro, e incluso de un órgano a otro, este proceso está modulado por factores genéticos, ambientales (dieta, estilo de vida, etcétera), psicológicos y sociales.

**Tabla 8.** Movilidad de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

Movilidad	Nº	%
De la cama al sillón	6	8.1
Autonomía en el interior	68	91.9
Total	74	100

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 8.** Movilidad de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

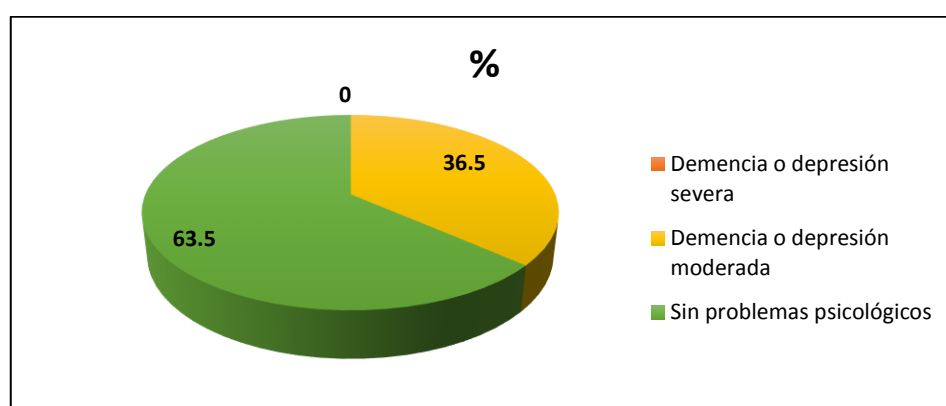
En la tabla y figura evaluando la movilidad de los adultos mayores de la casa hogar encontramos que el 91.9% presenta autonomía para moverse y solo el 8.1% necesitan ayuda para moverse de la cama a un sillón o silla de ruedas por lo tanto son dependientes de otras personas.



**Tabla 9.** Problemas neuropsicológicos de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

Problemas neuropsicológicos	Nº	%
Demencia o depresión severa	0	0
Demencia o depresión moderada	27	36.5
Sin problemas psicológicos	47	63.5
Total	74	100

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 9.** Problemas neuropsicológicos de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

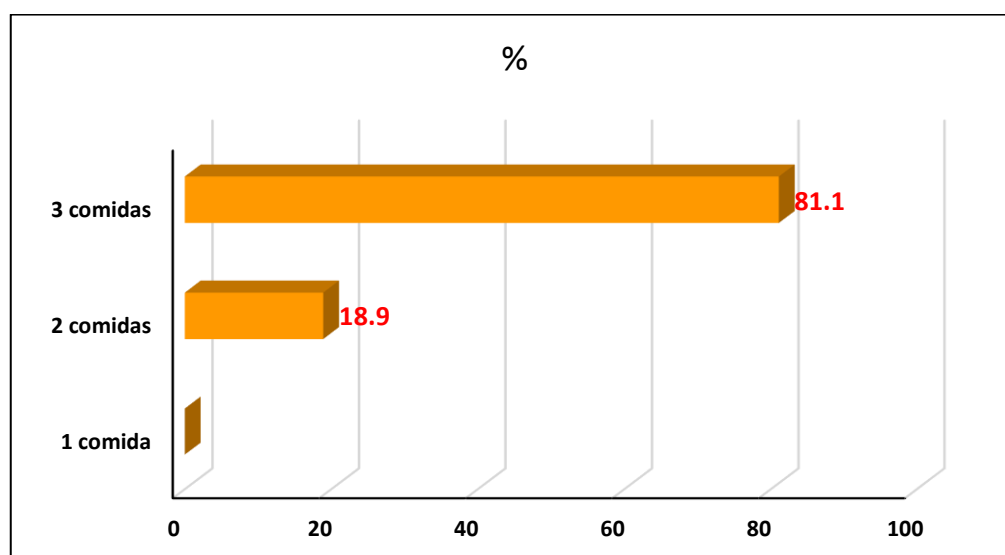
En la tabla y figura se observa que el 36.5% de los adultos mayores presentan depresión moderada y el 63.5% de los adultos no presentan problemas neuropsicológicos y ninguno presenta demencia o depresión severa. Se podría decir que la mayoría de los adultos mayores tienen una buena salud mental relacionada con la etapa de vida en que se encuentran.

### 3. Parámetros dietéticos

**Tabla 10.** Numero de comidas que consume al día los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

Nº comidas /día	Nº	%
1 comida	0	0
2 comidas	14	18.9
3 comidas	60	81.1
Total	74	100

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 10.** Numero de comidas que consume al día los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

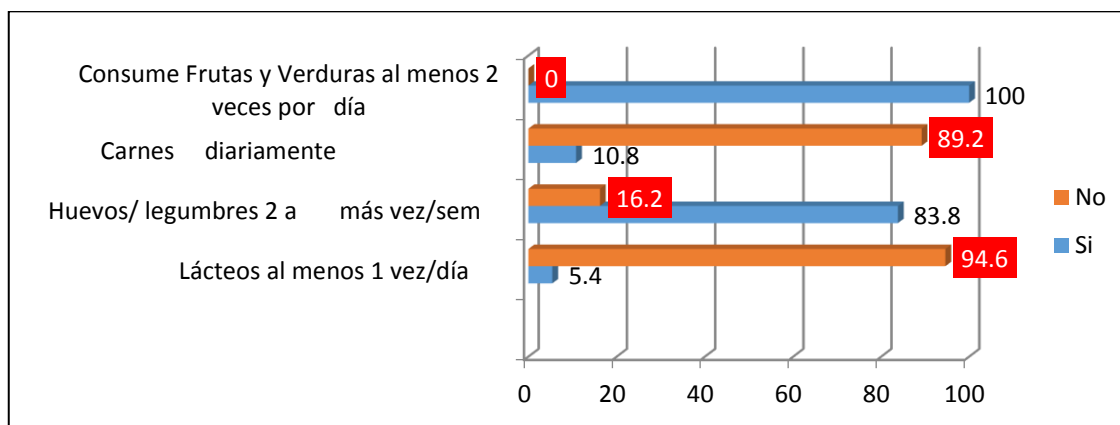
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura el 81.1 % de los adultos mayores consumen 3 comidas al día, el 18.9 % consumen 2 comidas al día, lo que significa que la alimentación es adecuada ya que los adultos mayores requieren de cuidado, cariño y atención especial; cuando un adulto mayor no se alimenta de forma adecuada, pueden aumentar las posibilidades de padecer enfermedades: como el aumento en la presión arterial o la disminución de la tolerancia a la glucosa.

**Tabla 11.** Consumo de lácteos, carnes, huevos y legumbres los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

Ítems	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Lácteos al menos 1 vez/día	4	5.4	70	94.6
Huevos/ legumbres 2 a más vez/sem	62	83.8	12	16.2
Carnes diariamente	8	10.8	66	89.2
Consume Frutas y Verduras al menos 2 veces por día	74	100	0	0

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 11.** Numero de comidas que consume al día los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

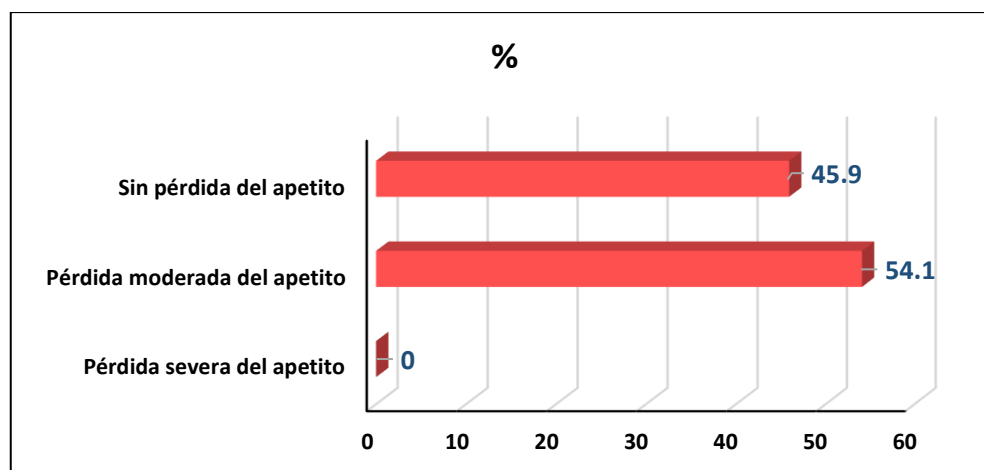
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso no consumen lácteos en un 94.6 %, carnes en un 89.2 %, sin embargo el 83.8 % si consumen huevos y legumbres y el 100% consumen frutas y verduras; esto significa que su dieta es más o menos adecuada ya que el adulto mayor debe comer bajo en grasa, además de tomar leche, esto evita la osteoporosis y colabora al fortalecimiento de los huesos, también se debe aumentar la ingesta de verduras, frutas, leguminosas y productos integrales, pues mejoran la digestión y evitan el estreñimiento, teniendo en cuenta que el metabolismo en el adulto mayor se hace más lento y hay dificultades en la digestión.

**Tabla 12.** Pérdida de apetito por problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

Items	Nº	%
Pérdida severa del apetito	0	0
Pérdida moderada del apetito	40	54.1
Sin pérdida del apetito	34	45.9
Total	74	100

Fuente: Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 12.** Pérdida de apetito por problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

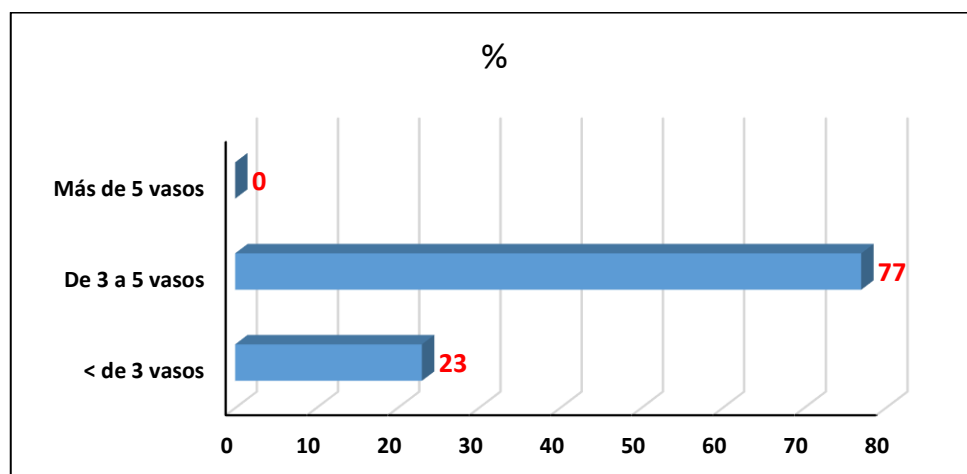
Fuente: Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso el 54.1% presentan pérdida moderada del apetito por problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación y el 45.9% refieren no tener pérdida de apetito, es decir que aún conservan un buen apetito a pesar que a medida se hacen más mayores el apetito disminuye y es cuando surgen los problemas porque necesitan menos energía pero los mismos nutrientes, de modo que su plato de comida ha de tener menos calorías pero las mismas proteínas, lípidos, etc.

**Tabla 13.** Consumo de agua u otros líquidos al día de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

Consumo de agua u otros líquidos/ día	Nº	%
< de 3 vasos	17	23
De 3 a 5 vasos	57	77
Más de 5 vasos	0	0
Total	74	100

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 13.** Consumo de agua u otros líquidos al día de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

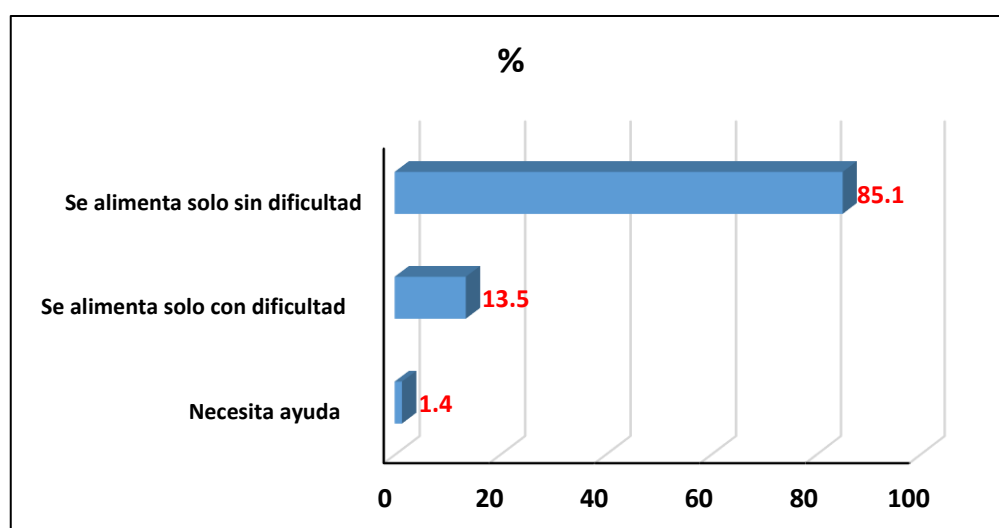
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso consumen en su mayoría de 3 a 5 vasos en un 77% y el 23 % consume menos de 3 vasos de agua; es decir que el consumo de agua es adecuado en la mayoría de los adultos mayores teniendo en cuenta que el agua es el componente más abundante del organismo y el porcentaje del peso corporal que corresponde a agua es muy variable y oscila según la edad y es el 60 % en adultos mayores por lo que se debe tener en cuenta que los cambios agudos en el porcentaje de agua corporal pueden tener consecuencias fatales.

**Tabla 34.** Forma de alimentarse de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

<b>Forma de alimentarse</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Necesita ayuda	1	1.4
Se alimenta solo con dificultad	10	13.5
Se alimenta solo sin dificultad	63	85.1
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 14.** Forma de alimentarse de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

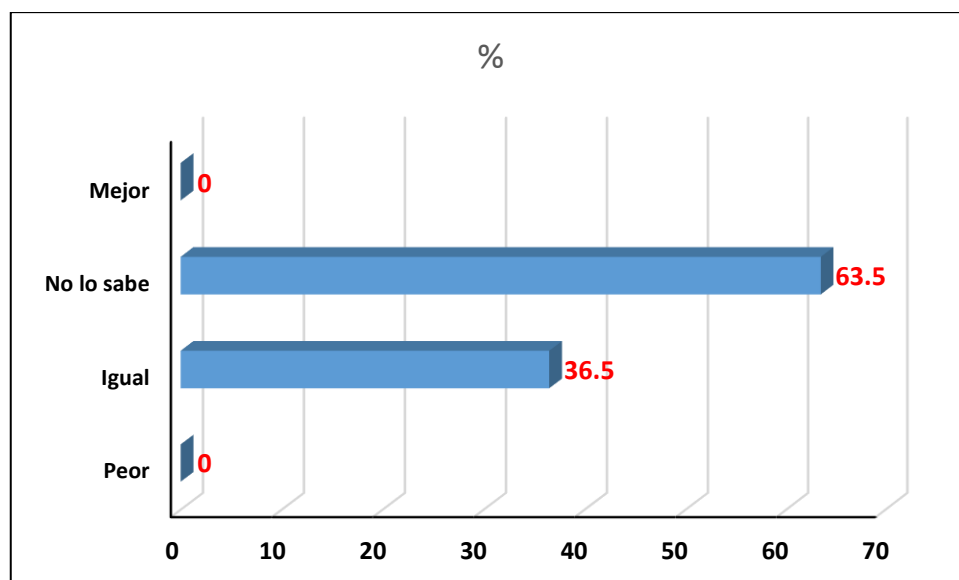
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura observamos que la forma de alimentarse de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso un 85.1% se alimentan solos sin dificultad, el 13.5% se alimenta solo con dificultad y solo el 1.4% tiene dificultad por lo tanto necesita ayuda para alimentarse; lo que indica que al alimentarse la mayoría solos están contribuyendo a conservar su estado nutricional disminuyendo así el riesgo nutricional de los adultos mayores.

**Tabla 15.** Estado de salud en comparación con personas de su edad de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

<b>Cómo encuentra su estado de salud</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Peor	0	0
Igual	27	36.5
No lo sabe	47	63.5
Mejor	0	0
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 15.** Estado de salud en comparación con personas de su edad de los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

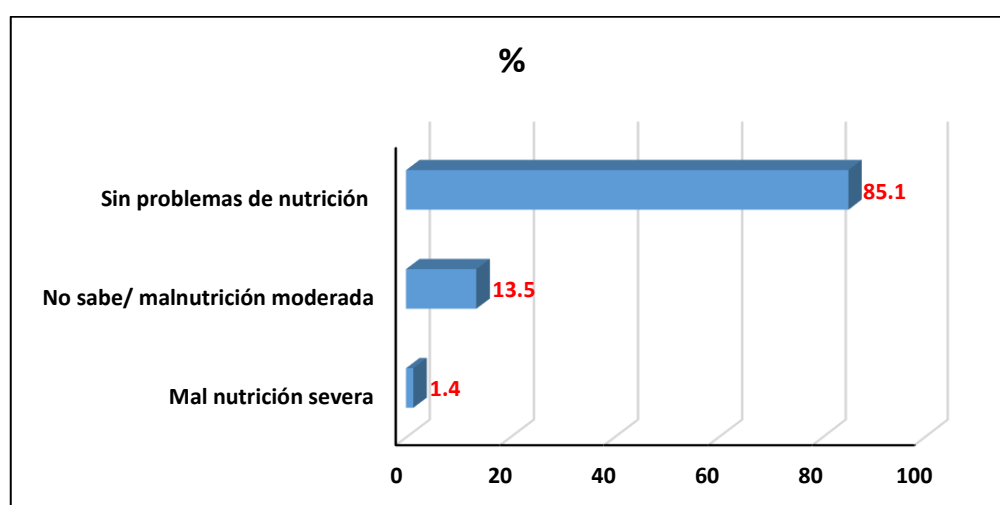
**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura los resultados obtenidos sobre valoración subjetiva respecto al estado de salud y al preguntarles cómo se encuentra su estado de salud el 63.5% refieren que no saben y el 36.5 % refieren que igual, lo que significa los adultos mayores desconocen en su mayoría sobre su estado nutricional.

**Tabla 16.** Consideran que tienen problemas nutricionales los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017.

Tiene problemas nutricionales	Nº	%
Mal nutrición severa	1	1.4
No sabe/ malnutrición moderada	10	13.5
Sin problemas de nutrición	63	85.1
Total	74	100

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.



**Figura 16.** Considera que tienen problemas nutricionales los adultos mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca-2017.

**Fuente:** Cuestionario de Mini Valoración Nutricional del Adulto Mayor.

En la tabla y figura los resultados obtenidos respecto a que si consideran los adultos mayores problemas nutricionales observamos que el 85.1% no tienen problemas de nutrición, el 13.5 % no sabe/ malnutrición moderada y el 1.4 tendrá una mal nutrición severa; lo que significa que los adultos mayores de la casa hogar en su mayoría conservan su estado nutricional.



## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Diversos estudios experimentales y epidemiológicos han mostrado que el estado nutricional de la población en general, y de los ancianos en particular, es un indicador válido para predecir tanto la longevidad como la calidad de vida en esta etapa del ciclo vital ; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el estudio de nutrición en el envejecimiento, señaló a la población anciana como un grupo nutricionalmente muy vulnerable, debido a los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento también afirma que los cambios propios del envejecimiento a nivel fisiológico, psicosocial y ambiental pueden tener efectos importantes en la dieta del adulto mayor, aumentando el riesgo de desnutrición, lo que a menudo se manifiesta en reducción de la masa muscular, ósea y mayor riesgo de fragilidad.

En el presente estudio de investigación sobre Estado Nutricional del Adulto Mayor en la Casa Hogar Arzobispo Grosso - Cajamarca, 2017 con el objetivo de Identificar el estado nutricional de los Adultos Mayores, encontramos que mediante la valoración de parámetros antropométricos (IMC) el 44.6 % los adultos mayores estarían entre un estado nutricional satisfactorio, el 51.3 % riesgo de mal nutrición y el 4.1 % en malnutrición ; el 64.9 % de los adultos mayores tienen una circunferencia braquial mayor o igual a 22 centímetros y el 35.1 % tiene entre 21 a < 22 cm; el perímetro de pantorrilla en el 67.6% es mayor a 31 cm y el 32.4 % tiene menor a 31 cm y referente a que si perdió o no peso durante los 3 últimos meses el 47.3% desconoce, el 28.4% no perdió peso, el 13.5% perdió menos de 3 kilos de peso y el 10.8 % perdió entre 1 a 3 kilos de peso. Resultados que tienen relación con los encontrados por Manayalle, P (2015) en el estudio sobre Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región Lambayeque donde el Índice de Masa Corporal promedio es  $27.52 \pm 3.8$ , el 11.10% tiene circunferencia de pantorrilla <31cm, pérdida de peso en 37.50%.

Al realizar una evaluación Global un 79.7 % no toman más de 3 medicamentos por día, el 67.6% no presento enfermedad o presento estrés los últimos 3 meses y el 89.2% no presenta úlceras o lesiones cutáneas; el 91.9% presenta autonomía para movilizarse y solo el 8.1% necesitan ayuda y el 36.5% de los adultos mayores presentan depresión moderada y el 63.5% de los adultos no presentan problemas neuropsicológicos y ninguno presenta demencia o depresión severa. Tiene relación con el estudio realizado por Manayalle, P (2015) donde los adultos mayores presentaron una poli medicación en 36.50%, enfermedad aguda o estrés psicológico en 35.10%, problemas neuropsicológicos en 17.80%.

Al evaluar los parámetros dietéticos encontramos que el 81.1 % de los adultos mayores consumen 3 comidas al día, el 18.9 % consumen 2 comidas al día; no consumen lácteos en un 94.6 %, carnes en un 89.2 %, sin embargo el 83.8 % si consumen huevos y legumbres y el 100% consumen frutas y verduras; el 54.1% presentan pérdida moderada del apetito por problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación y el 45.9% refieren no tener pérdida de apetito; consumen en su mayoría de 3 a 5 vasos en un 77% y el 23 % consume menos de 3 vasos de agua y un 85.1% se alimentan solos sin dificultad, el 13.5% se alimenta solo con dificultad y solo el 1.4% tiene dificultad por lo tanto necesita ayuda para alimentarse; no tiene relación con el estudio de Manayalle, P (2015) donde encontró que los adultos mayores tienen un consumo de < 3 comidas diarias en 53.30%, disminución del apetito en 24%, consumo de < 5 vasos de agua en 66.80% y consumo de < 5 vasos de agua en 66.80% también con Gonzales. J (2011) que encontró que los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional, son los relacionados con parámetros dietéticos, el 86% no consume carnes, pescado y otros diariamente, el 84% no consume frutas o verduras dos veces al día y el 70% consume únicamente dos comidas al día; tienen una inadecuada ingesta de alimentos proteicos con alto valor biológico, limitado consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales ;el 24% de la población ingiere tres comidas, es preocupante que el 76% solo consuma 1 y 2 comidas, disminución en el apetito 39% y toma más de tres medicamentos al día 35%.

Los resultados obtenidos sobre valoración subjetiva respecto a que si consideran los adultos mayores problemas nutricionales observamos que el 85.1% no tienen problemas de nutrición, el 13.5 % no sabe/ malnutrición moderada y el 1.4 tendrá una mal nutrición severa; sobre valoración subjetiva respecto al estado de salud y al preguntarles cómo se encuentra su estado de salud el 63.5% refieren que no saben y el 36.5 % refieren que igual, tiene alguna relación con el estudio de (Alcivar, 2016) que encontró que el 95% están en un estado nutricional normal, el 3% presentan riesgo de malnutrición, 2% tienen malnutrición; también el de Chávez, O y Fernández, A (2015), quien encontró que el 16% de los adultos mayores se encuentra en un estado nutricional normal, el 42% en riesgo de malnutrición y con igual porcentaje de 42% en malnutrición y el de Gonzales. J (2011) quien encontró que el 15% de la población se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio. (Vigil, 2014), encontró también que el estado nutricional del adulto mayor el 42,2% es normal, seguido del 35,7% para delgadez y el 22% tienen sobrepeso y obesidad.

Es importante remarcar que la población de adultos mayores es heterogénea y presenta cambios fisiológicos que afectan la composición corporal, afectando la adecuada determinación del estado nutricional y el establecimiento de patrones de referencia o puntos de corte para los diferentes indicadores antropométricos empleados en la clasificación antropométrica del anciano. Por lo que la desnutrición en personas mayores es un serio problema, cuya prevalencia sigue creciendo a nivel mundial, esta situación no es exclusiva de los países pobres, sino que se encuentra también en los países más desarrollados, aunque en muchas ocasiones no esté diagnosticada y consecuentemente, no tratada. Es importante precisar que, aunque existen diferentes patrones de referencia, pruebas o medidas antropométricas que pueden ser útiles en la determinación del estado nutricional del adulto mayor, se requiere mayor investigación en este campo del conocimiento; partiendo del hecho de que esta población es heterogénea, multiétnica y que presenta cambios fisiológicos y patológicos, hábitos alimenticios influyen en el estado nutricional y que afectan su composición nutricional de manera importante.

Teniendo en cuenta que en las instituciones como Asilo Hogar de Ancianos existe un alto riesgo de malnutrición en los adultos mayores surge la necesidad intervenir y realizar rutinariamente evaluación del estado nutricional de los adultos mayores, entrenar y estandarizar conocimientos en los profesionales de la salud para así obtener diagnósticos verdaderamente correctos.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 1. Conclusiones

El estado Nutricional del Adulto Mayor en la Casa Hogar Arzobispo Grosso Cajamarca, 2017 mediante la valoración antropométrica el 65% presenta delgadez, 11% sobrepeso y obesidad y El 24% esta normal; con el mini cuestionario de valoración Nutricional, 15% tienen riesgo de desnutrición, 12% desnutridos y el 73% bien nutridos

Mediante la valoración de parámetros antropométricos el 65% presentan delgadez, el 24% se encuentran normal, seguida del 7% con sobrepeso y sólo el 4% presentan obesidad.

Mediante el mini cuestionario de valoración Nutricional del adulto mayor el 73% de los adultos mayores se encuentran bien nutridos, el 15% tienen riesgo de desnutrición y el 12% están desnutridos.

## **2. Recomendaciones**

A los docentes de la Universidad San Pedro, divulgar los resultados del presente trabajo de investigación con la finalidad de promover e implementar programas de promoción y prevención que permitan a las personas adultas mayores disminuir el riesgo de desnutrición.

A la encargada de la casa hogar Arzobispo Grosso Cajamarca, coordine con instituciones públicas para que permita el monitoreo del estado nutricional del grupo etario de adultos mayores, controles de peso y talla, teniendo en cuenta sus capacidades de cada adulto para mantener un adecuado estado nutricional.

A la Dirección Regional de salud promover los trabajos de investigación enfocados al adulto mayor, recabar datos estadísticos de este grupo etario y plantear estrategias de salud pública, incidiendo en promoción y prevención en salud, así como en el diagnóstico nutricional y tratamiento oportuno de la población adulto mayor en riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar C, H. A. (2013). *Satisfacción del usuario como indicador de calidad de los servicios privados contratados por la unidad de policlínica central igss guatemala, guatemala 2010*. Obtenido de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9210.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9210.pdf)
- Alcivar, M. (2016). ESTADO NUTRICIONAL Y HABITOS ALIMENTICIOS DEL ADULTO MAYOR. Ecuador.
- Cabrera, A. M. (2016). *Nivel de satisfacción del usuario externo atendido en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Noviembre 2015*. Universidad Ricardo Palma, Lima. Obtenido de [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/449/1/Cabrera\\_m.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/449/1/Cabrera_m.pdf)
- Diaz V, K. (2017). Estilos de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor EsSaluid. Cajamarca.
- Diaz, M. (2014). *Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención en salud. Hospital Tito Villar Cabeza*. Universidad Nacional de Cajamarca, Bambamarca-Cajamarca. Obtenido de <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/143/T%20610.73%20D542%202014.pdf>
- Donabedian, A. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Med Infore*, 20(5), 71-73. Recuperado el 10 de Diciembre de 2018, de <http://www.fadq.org/portals/Oiinvestigacion/monograf>
- Gutierrez G, T. (2013). *Valoración del estado nutricional y sus diferencias en mujeres de 60 años*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Tesis-nutricion-mujeresmayores-ejercicio-01-2015.pdf>

- Huguiza, G. (2006). *Satisfacción del Usuario Externo sobre la Calidad de Atención de salud en el Hospital de la base naval*. Obtenido de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1891/1/Huiza\\_gg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1891/1/Huiza_gg.pdf)
- Jesus, L. (2011). *Nivel de Satisfacción Según Expectativas y Percepciones de la Calidad de Servicio de Salud en los Usuarios Externos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño*. Lima.
- Julcamoro, A., & Teran, A. (2017). *Nivel de satisfacción del usuario externo. Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017*”, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca- Perú. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca.
- Ludwig, B. (1994). *Aplicandonos la teoria general de sistemas*. Obtenido de <http://www.gestiondeenfermeria.com/aplicandonos-la-teoria-general-de-sistemas/#sthash.ezjagEsG.dpbs>
- Martinez, R. (Octubre de 2011). *Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores de 50 años mediante parámetros dietéticos y de composición corporal*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112011000500024](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000500024)
- Mendoza, C. V. (2013). *Satisfacción del Usuario externo en el servicio de medicina del Hospital Regional de Cajamarca*. Universidad Nacional de Cajamarca., Cajamarca.
- MINSA. (2002). *Satisfaccion del usuario de salud en el Perú*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/06%20-%20Encuesta%20Usuario%20Interno.pdf>
- MINSA. (2011). *Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud servicios médicos*. Obtenido de



[http://www.minsa.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/Informe\\_Finai\\_DU016.pdf](http://www.minsa.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/Informe_Finai_DU016.pdf)

OMS. (2005). *La salud y los servicios de salud*. Obtenido de [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/sistemas\\_de\\_atencion.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/sistemas_de_atencion.pdf)

OMS. (2011). Directorio de Centros de Información sobre satisfacción del usuario y calidad de atención. *Iberoamerica*, 13(3), 105. Recuperado el 8 de Junio de 2018, de <http://www.bvsde.ops.oms.org/bvstox/e/guiamarilla/centrosinflinven.htm>

OMS, O. M. (2013). *Estado nutricional*. Obtenido de <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s04.pdf>

Quiel, M. (2010). *Calidad en los servicios de salud*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/mirthaquiel/calidad-en-servicios-de-salud-3517783>

Rodríguez, Y., De León, L., Gómez, O., Diéguez, E., & Sablón, N. (2016). Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la Atención Primaria de Salud. 38(2). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200008)

Sánchez B, L. A. (2012). *Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León*. Obtenido de <http://studylib.es/doc/8655547/--repositorio-institucional-uanl>

Torres, E. (Nobiembre de 2003). *Comportamiento del adulto mayor segun su tipologia familiar*. Obtenido de [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/TORRES\\_OLMEDO\\_ANA\\_EMANUELLE.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf)

Vigil. (2014). Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor Chota.

# **ANEXOS**

## Anexo 1

### **Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio.**

La investigación se rigió por los principios éticos, teniendo en cuenta el respeto por las personas, la beneficencia, la justicia, la privacidad, la confidencialidad y la autonomía son algunos de los principios éticos fundamentales; no se antepondrá el bien general al individual.

**Respeto a las Personas y Autonomía Individual:** con este principio se obtuvo el consentimiento informado de los adultos mayores que participaron en la investigación, asimismo se les dio a conocer la intención del estudio, se respetó el anonimato de los participantes por lo tanto ninguno de sus datos personales será revelado en los resultados; la información se manejó en forma confidencial y los resultados se presentan en forma general. Además, se protege la salud, intimidad y dignidad de cada uno de los participantes.

**Beneficencia:** Es la excelencia y calidad en la acción, que se tendrá en consideración con los usuarios ya que el no dañar, es siempre absoluto. En tanto que es previo a la autonomía de las personas. "No podemos hacer el bien a nadie en contra de su voluntad, pero si estamos obligados a no hacerle nada malo, aunque así nos lo pida."

**No maleficencia:** con este principio ético condenamos todo acto en que se infrinja daño en forma deliberada a los adultos mayores de la casa hogar, se cumplió con el principio de la proporcionalidad entre el bien buscado y el medio empleado, se obtuvo siempre el consentimiento informado en todo el proceso de la investigación. La no maleficencia "obliga a todos de modo primario y es anterior a cualquier tipo de información o consentimiento".

**Justicia:** La población se eligió de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, por lo cual todos los adultos mayores de la casa hogar tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos.

## Anexo 2

### **CUESTIONARIO DE MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN LA CASA HOGAR ARZOBISPO GROSSO-CAJAMARCA, 2017 MINI NUTRITIONAL ASSEMENT (GUIOZ, ET AL., 1994)**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso en kg: \_\_\_\_\_ Talla en cm: \_\_\_\_\_

#### **I. INDICES DE COMPOSICION CORPORAL**

1. Índice de masa corporal

0 = IMC <19    1= IMC de 19 a <21    2= IMC de 21 a <23    3= IMC  $\geq$ 23

2. Circunferencia Braquial (cm)

0.5 = de 21 a <22                      1.0 =  $\geq$  22

3. Perímetro De Pantorrilla (cm)

0=< 31                                      1 =  $\geq$  31

4. Perdida Reciente de peso (últimos 3 meses)

0 = > 3kg              1= no sabe              2= 1 a 3 kg              3= No perdió peso

#### **II. EVALUACION GLOBAL**

5. Toma más de 3 medicamentos/ día

0= Si                      1= No

6. Presentó enfermedad o situación de estrés en los últimos 3 meses

0 = Sí                      2 = No

7. Movilidad

0 = de la cama al sillón

1 = autonomía en el interior

8. Problemas neuropsicológicos

0 = Demencia o depresión severa

1 = Demencia o depresión moderada

2 = sin problemas psicológicos

9. Úlceras o lesiones cutáneas

0 = Si                      1= No

### III. PARAMETROS DIETETICOS.

10. N° de comidas que consume al día(Equivalente a 2 platos y postre)

0 = 1 comida                      1= 2 comidas                      2= 3 comidas

11. Consumo de lácteos, carnes, huevos y legumbres

Lácteos al menos 1 vez/día                      Sí                      No

Huevos/ legumbres 2 a más vez/sem                      Sí                      No

Carnes diariamente                      Sí                      No

0.0= sí 0 ó 1 Sí                      0.5= si 2 Sí                      1.0= si 3 Sí

12. Consume Frutas y Verduras al menos 2 veces por día

0 = No                      1= Si

13. ¿Ha perdido apetito? Por problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación

0 = pérdida severa del apetito

1 = pérdida moderada del apetito

2 = sin pérdida del apetito

14. Consumo de agua u otros líquidos al día

0.0 = < de 3 vasos                      0.5 = de 3 a 5 vasos                      1.0 = más de 5 vasos

15. Forma de alimentarse

0 = necesita ayuda

1= se alimenta solo con dificultad

2= se alimenta solo sin dificultad

#### **IV. VALORACION SUBJETIVA.**

16. La persona considera que tiene problemas nutricionales

0 = malnutrición severa

1 = no sabe/ malnutrición moderada

2 = sin problemas de nutrición

17. En comparación con personas de su edad ¿Cómo encuentra su estado de salud?

0 = Peor

1 = Igual

0.5 = No lo sabe

2 = mejor

---

TOTAL 30 PTS (MAXIMO)

---

INTERPRETACION

≥24 puntos: Bien Nutridos

17 a 23.5 puntos: Riesgo de desnutrición

< 17 puntos: Desnutrido

---

**Anexo 3**

**GUIA DE OBSERVACION**

**FICHA DE VALORACION NUTRICIONAL POR INDICES  
ANTROPOMETRICOS DE LOS ADULTOS MAYORES**

<b>N°</b>	<b>PESO</b>	<b>TALLA</b>	<b>IMC</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

## **Anexo 4**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TITULO: ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO EN LA CASA HOGAR  
ARZOBISPO GROSSO-CAJAMARCA, 2017**

**AUTORA: Linares Vásquez Yanet Fiorela**

**OBJETIVO: Evaluar el estado Nutricional del Adulto Mayor en la Casa Hogar  
Arzobispo Grosso Cajamarca, 2017.**

Yo,..... acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el objetivo de la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas. La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento

**FIRMA DEL ENCUESTADO**