

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**Calidad de vida relacionada al riesgo nutricional en adultos mayores que  
acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital  
Goyeneche, 2025.**

Tesis presentada por los Bachilleres:

**Luza Mejia, John Franco**

**ORCID: 0009-0001-5431-289X**

**Villanueva Alvarez, Adrian Tressor**

**ORCID: 0009-0000-7981-3511**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

**Dr. Miranda Pinto, Alejandro Ruthbaldo**

**ORCID: 0000-0001-9579-6619**

**Arequipa – Perú**

**2025**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 18 de Agosto del 2025

**Dictamen: 014277-C-EPMH-2025**

Visto el borrador del expediente 014277, presentado por:

**2015240031 - LUZA MEJIA JOHN FRANCO**

**2017250751 - VILLANUEVA ALVAREZ ADRIAN TRESSOR**

Titulado:

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL RIESGO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE  
ACUDEN A LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
GOYENECHÉ, 2025.**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**MEDICO CIRUJANO**

**30401320 - FARFAN DELGADO MIGUEL FERNANDO  
DICTAMINADOR**



**29307349 - FARFAN ASPILCUETA JULIO  
DICTAMINADOR**



**42259354 - VILCA CACERES JOSHEP  
DICTAMINADOR**



# CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL RIESGO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTORIOS EXTERNOS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE, 2025.

## INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://cybertesis.unmsm.edu.pe">cybertesis.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	4%
3	<a href="http://repositorio.udh.edu.pe">repositorio.udh.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="http://revistasdigitales.upec.edu.ec">revistasdigitales.upec.edu.ec</a> Fuente de Internet	2%
5	<a href="http://repositorio.umsa.bo">repositorio.umsa.bo</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://alicia.concytec.gob.pe">alicia.concytec.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%

[www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)

## DEDICATORIA

*A mis padres Luz y Jorge por su amor incondicional, guía constante y por enseñarme con su ejemplo que los sueños se construyen paso a paso. Gracias por su paciencia, apoyo y por creer siempre en mi formación académica.*

*A mis hermanos por su compañía, aliento y por brindarme esa fuerza que necesitaba en los momentos de cansancio. Su apoyo ha sido clave para llegar hasta aquí.*

*A mis pacientes, quienes me acompañaron en este proceso formativo. A ustedes dedico este trabajo con gratitud por haberme permitido aprender de su confianza, su historia y su humanidad. Gracias por enseñarme a escuchar y servir con sentido profesional y humano.*

***Franco Luza***

## DEDICATORIA

*Al haber culminado el duro y extenso viaje de la vida universitaria como parte del honorable camino del galeno, veo atrás con nostalgia y en parte, etérea añoranza lo que he perdido y a quienes he perdido a lo largo de estos años, incluyendo al joven que fui, a quien con amor dedico esta sección, alguien quien con ilusión y temor, ingresó a la universidad para aprender de los misterios del hombre y la vida misma a través de la perspectiva de la ciencia para así, usar estos conocimientos capaces de mejorar vidas y devolver alegría y esperanza a las personas y familias del hoy y el mañana al devolver la mejor de las cualidades, la salud.*

*Así, es que le dedico con cariño este trabajo a mis padres, abuelos, tíos y hermanos que, como parte de mi familia y una red de apoyo de increíble valor, han aportado de forma abundante y diversa en mi vida a través de valores, esfuerzo y confianza para alcanzar mis metas personales y profesionales.*

*A los docentes de la carrera de Medicina, honrando a quienes partieron ya quienes aún inspiran a las nuevas generaciones de médicos al deslumbrar con increíble dialéctica al alumnado con valioso saber, inculcan la curiosidad por las artes médicas, así como la iniciativa en aquellos para aportar a los conocimientos del mañana.*

*Y finalmente, a los compañeros de carrera que con su gran y sincero apoyo, pude sobrellevar etapas difíciles de la carrera, así como a los médicos docentes que conocí durante el año de Internado en el Hospital III Goyeneche y el Centro de Salud Mariano Melgar, quienes aportaron con apoyo y sabiduría a la etapa final de mi desarrollo profesional.*

**Adrián Villanueva**

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero realizar el agradecimiento a Dios, por haberme acompañado con su luz, fortaleza y sabiduría en cada paso de este camino académico.*

*Agradezco al Hospital III Goyeneche, donde tuve la oportunidad de trabajar y crecer profesionalmente. Agradezco al personal médico, enfermeras, auxiliares, administrativos y a todos los colaboradores que compartieron conmigo experiencias valiosas y enseñanzas concretas que enriquecieron mi experiencia práctica.*

*Finalmente, agradezco a mi familia, incluyendo a mis padres y hermanos, por su amor, aliento, oraciones y paciencia constante.*

**Franco Luza**

## AGRADECIMIENTOS

*La realización y culminación de este trabajo no hubiese sido posible sin el apoyo de las instituciones y personas presentes a través de docentes, familiares y compañeros quienes, a su manera, influyeron positiva y significativamente en mi desarrollo profesional.*

*Agradezco así a los médicos que, con fiereza y esfuerzo, combatieron y combaten la enfermedad y los males que azotan hasta nuestros días a la humanidad; así como a aquellos médicos que, en su día, forjaron los conocimientos del mañana a través de registros e investigación presente hasta nuestros días que permitieron el desarrollo de gran parte del potencial de la humanidad a través de la salud que son capaces de brindarnos.*

*Agradezco a mis abuelos y padres, Miguel y Linda, cuyos inconmensurables esfuerzos y valores forjaron al hombre que soy a día de hoy, con la actitud para afrontar mis retos profesionales del hoy y el mañana; así como a mis hermanos que me inspiran a no dejar de aprender y seguir adelante.*

*Al Hospital III Goyeneche por el conocimiento, actitudes y experiencias que compartieron conmigo para el desarrollo de mi persona profesional a través del incansable personal del hospital y a su vez, a los pacientes a quienes debo gran parte de mi carrera.*

*A mis docentes y compañeros galenos con quienes conviví a lo largo de esta travesía a través de su compañía, ánimos, consejos y apoyo recíproco en los buenos y malos momentos de las incontables noches de vigilia, así como las pruebas que forjaron nuestra enseñanza.*

*A todos aquellos que fueron parte de mi viaje y ahora, con rumbo a nuestros sueños, mis sinceras gracias por todo y felicidades.*

***Adrián Villanueva***

## RESUMEN

El estudio titulado “*Calidad de vida relacionada al riesgo nutricional en adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche. 2025*” tuvo como objetivo establecer si existe relación entre la calidad de vida y el riesgo nutricional en adultos mayores atendidos por consulta externa en los consultorios de Medicina Interna.

Se trató de un estudio de tipo descriptivo, no experimental, observacional y prospectivo, basado en la aplicación del cuestionario sobre calidad de vida según la encuesta FUMAT modificada, y la escala Mini Nutricional Assessment (MNA) para valorar el riesgo de estado nutricional. La población estuvo compuesta por 74 adultos mayores que fueron atendidos por consulta externa de Medicina Interna del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. La mayoría de los estudiados fueron hombres (77%), con una edad promedio de los estudiados de 73,09 años, predominando el nivel de instrucción secundaria, estado civil casado y procedencia urbana (Arequipa). La mayoría de los participantes reportaron una calidad de vida alta o media, sin casos de baja calidad. La dimensión mejor valorada fue el *bienestar social*, mientras que la menos puntuada fue el *bienestar económico*. Respecto al estado nutricional, se identificó un bajo porcentaje de adultos mayores en condición de desnutrición, y proporciones iguales entre quienes presentaban riesgo de desnutrición y estado nutricional normal. Al relacionar ambas variables, tras la aplicación de la prueba de *chi cuadrado* se encontró un valor *p* de 0,970. Se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y estado nutricional en esta población.

**Palabra clave:** *Riesgo nutricional, calidad de vida, adulto mayor.*

## ABSTRACT

The research entitled " Quality of life related to nutritional risk in older adults attending the Internal Medicine outpatient clinics at Goyeneche Hospital, 2025" aimed to establish whether there is a relationship between quality of life and nutritional risk in older adults treated in outpatient clinics.

This was a descriptive, non-experimental, observational, and prospective study based on the application of the quality-of-life questionnaire based on the modified FUMAT survey and the Mini Nutritional Assessment (MNA) scale to assess the risk of nutritional status. The population consisted of 74 older adults who were seen in an outpatient clinic at Goyeneche Hospital in Arequipa. The majority of those studied were men (77%), with an average age of 73.09 years. Participants predominantly had a secondary education level, were married, and lived in an urban area (Arequipa). Most participants reported a high or average quality of life, with no cases of low quality of life. The highest-rated dimension was social well-being, while the lowest-rated was economic well-being. Regarding nutritional status, a low percentage of older adults were identified as malnourished, and equal proportions were found between those at risk of malnutrition and those with normal nutritional status. When relating both variables, the *chi-square* test revealed a *p*-value of 0,970. It is concluded that there is no statistically significant relationship between quality of life and nutritional status in this population.

**Keyword:** *Nutritional risk, quality of life, older adult.*

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Determinación del Problema.....	4
1.2. Enunciado del Problema.....	6
1.3. Descripción del Problema.....	6
1.3.1. Área del Conocimiento.....	6
1.3.2. Análisis y Operacionalización de Variables.....	6
1.3.3. Interrogantes Básicas.....	7
1.3.4. Diseño de Investigación.....	8
1.4. Justificación del Problema.....	8
1.4.1. Relevancia Científica.....	8
1.4.2. Relevancia Social.....	8
1.4.3. Originalidad.....	9
1.4.4. Actualidad.....	9

1.4.5. Interés personal.....	9
1.4.6. Viabilidad.....	9
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Objetivo General.....	10
2.2. Objetivos Específicos.....	10
3. HIPÓTESIS.....	10
4. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1. Conceptos Básicos.....	11
4.2. Revisión de Antecedentes Investigativos.....	29
4.2.1. A Nivel Internacional.....	29
4.2.2. A Nivel Nacional.....	30
4.2.3. A Nivel Local.....	32
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	36
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	37
1.1. Técnicas.....	37
1.2. Instrumentos.....	37
1.3. Materiales de Verificación.....	38
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	38
2.1. Ubicación Espacial.....	38
2.2. Unidades de Estudio.....	39
2.3. Población.....	39

2.3.1. Criterios de Selección.....	39
2.4. Temporalidad.....	40
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.1. Organización .....	40
3.2. Recursos.....	42
3.2.1. Humanos.....	42
3.2.2. Institucionales .....	42
3.2.3. Materiales.....	42
3.2.4. Financieros.....	42
3.2.5. Sistematización de Datos.....	42
3.2.6. Consideraciones Éticas.....	43
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	44
1. Características generales.....	45
2. Riesgo Nutricional en Adultos Mayores.....	50
3. Calidad de Vida de los Adultos Mayores.....	51
4. Relación entre Calidad de Vida y Riesgo Nutricional.....	53
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	71

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de Variables	6
Tabla 2.	Diseño de Investigación	8
Tabla 3.	Sexo de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	45
Tabla 4.	Edad de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	46
Tabla 5.	Grado de instrucción de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	47
Tabla 6.	Procedencia de los adultos mayores que acuden a los Consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	48
Tabla 7.	Estado civil de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	49
Tabla 8.	Riesgo nutricional de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	50
Tabla 9.	Calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los Consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	51
Tabla 10.	Dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	52
Tabla 14.	Estado Nutricional según la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	53

Tabla 12.	Estado Nutricional según el sexo de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	54
Tabla 13.	Estado Nutricional según la edad de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	55
Tabla 14.	Estado Nutricional según el grado de instrucción de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	56
Tabla 15.	Estado Nutricional según la procedencia de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	57
Tabla 16.	Estado Nutricional según el estado civil de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche	58

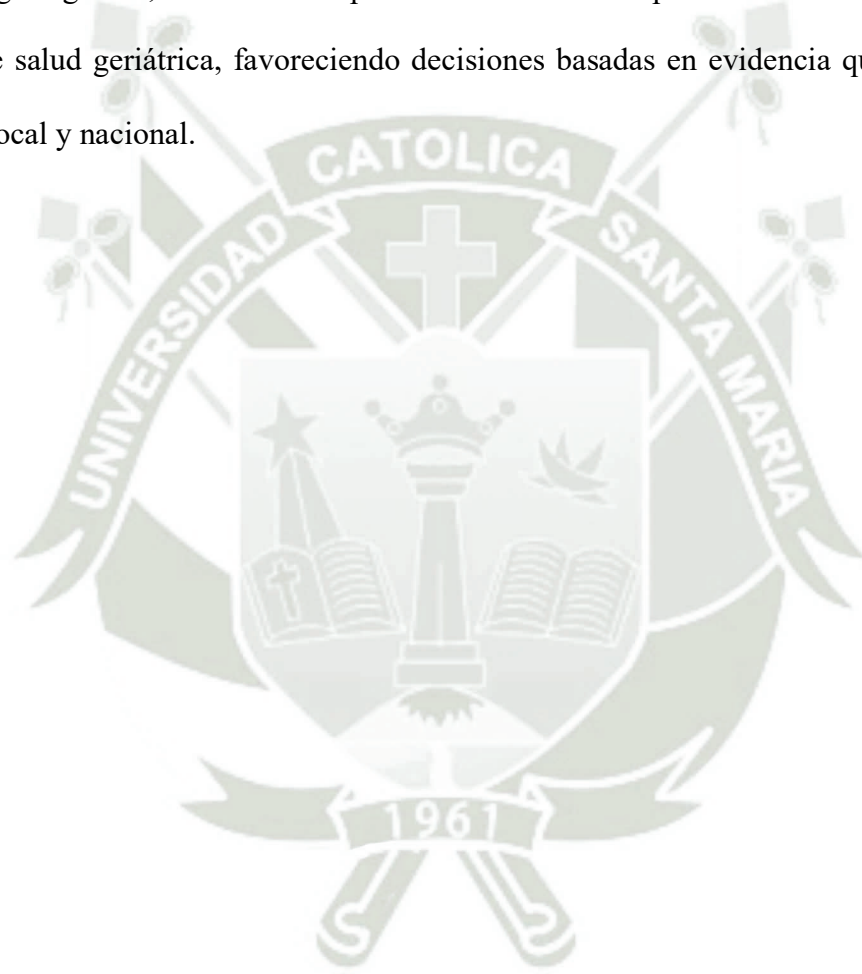
## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud en América Latina, especialmente en países como Perú, donde el número de adultos mayores ha crecido significativamente en las últimas décadas. Este grupo etario se encuentra en una situación de vulnerabilidad frente a múltiples factores que afectan su calidad de vida, entre ellos el estado nutricional. Diversos estudios han demostrado que la malnutrición en adultos mayores está asociada con un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, deterioro funcional y disminución del bienestar general (1). En este contexto, la calidad de vida se convierte en un indicador clave para evaluar el impacto de los riesgos nutricionales en la salud integral de esta población (2).

La valoración del estado nutricional en adultos mayores no cuenta con estándares diagnósticos universales, lo que genera variabilidad en la información sobre su prevalencia y dificulta la implementación de estrategias efectivas de intervención (2). Instrumentos como el Mini Nutritional Assessment (MNA) han sido ampliamente utilizados para detectar el riesgo nutricional, permitiendo establecer correlaciones entre el estado nutricional y dimensiones específicas de la calidad de vida, como la movilidad, la funcionalidad y el bienestar psicológico. En el ámbito hospitalario, la malnutrición se ha identificado como un factor que prolonga las estancias, aumenta la morbimortalidad y deteriora la autonomía del paciente geriátrico (3).

El Hospital Goyeneche de Arequipa, como institución de referencia en el sur del Perú, cuenta con un amplio repertorio de consultorios con diversas especialidades que atienden, entre los diferentes grupos etarios, a una población adulta mayor diversa, proveniente de distintos contextos socioeconómicos. La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre la calidad de vida y el riesgo nutricional en adultos mayores que acuden a dicho consultorio, con el fin de generar evidencia que contribuya al diseño de intervenciones nutricionales sostenibles y centradas en el paciente (1, 3).

La presente investigación se orienta a explorar la relación entre calidad de vida y riesgo nutricional en los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna de dicho nosocomio, buscando identificar patrones, correlaciones y posibles áreas de intervención que permitan optimizar el abordaje clínico, así como promover políticas públicas centradas en el envejecimiento saludable y digno. A partir del enfoque cuantitativo y una metodología rigurosa, este estudio aspira a contribuir al cuerpo de conocimiento académico en el área de salud geriátrica, favoreciendo decisiones basadas en evidencia que respondan a la realidad local y nacional.





## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Determinación del Problema

El envejecimiento de la población es un hecho innegable que cada día cobra mayor relevancia.

Existe un interés creciente en mantener a las personas mayores funcionales, activas y saludables. La calidad de vida de los adultos mayores abarca múltiples aspectos, como la salud física y mental, el bienestar emocional, las relaciones familiares y sociales, las oportunidades laborales y de participación en la sociedad, la autonomía y el entorno físico en el que viven.

Es primordial proporcionar atención efectiva a este grupo poblacional, mediante políticas públicas y servicios de salud diseñados específicamente para abordar las necesidades y desafíos del envejecimiento. Para ello, se han realizado numerosos estudios transversales, longitudinales y de cohortes en diferentes regiones y contextos a lo largo de los años. Estas investigaciones han recopilado una gran cantidad de datos específicos sobre el envejecimiento y las implicaciones que conlleva en la vida de las personas mayores, incluyendo la importancia de evaluar el riesgo nutricional. Aunque aún no se han obtenido conclusiones definitivas, estos estudios han brindado valiosas perspectivas sobre los factores que influyen en el envejecimiento saludable y han contribuido al desarrollo de estrategias de promoción de la salud y políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de vida de este grupo de personas en constante crecimiento (4).

La malnutrición es un problema común en esta etapa de la vida y puede tener consecuencias negativas significativas para la salud y el bienestar de los individuos. La falta de una alimentación adecuada puede aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades crónicas, disminuir la capacidad funcional y aumentar el riesgo de caídas y fracturas óseas. Identificar a las personas en riesgo de desnutrición o pérdida de peso involuntaria es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar los resultados de salud. Además, la evaluación del riesgo nutricional también puede ayudar a identificar oportunidades de intervención temprana,

proporcionando a las personas mayores las herramientas y recursos necesarios para mantener una alimentación saludable y equilibrada que satisfaga sus necesidades nutricionales específicas. Esta evaluación debe ser integral, teniendo en cuenta no solo el estado nutricional, sino también los factores sociales, psicológicos y funcionales que pueden influir en la ingesta y en la utilización de los nutrientes.

Un enfoque multidisciplinario que involucre a diferentes profesionales de la salud, como médicos geriatras, nutricionistas, dietistas y trabajadores sociales, es esencial para garantizar una evaluación completa y una atención personalizada. El envejecimiento saludable y la nutrición adecuada son responsabilidades compartidas que deben ser abordadas de manera colaborativa. Es esencial brindar una atención personalizada y adaptada a las necesidades individuales de cada persona mayor, teniendo en cuenta factores como su estado de salud actual, sus preferencias alimentarias, sus circunstancias sociales y su estilo de vida. La evaluación del riesgo nutricional debe ser un componente integral de la atención médica y se debe realizar de manera periódica, teniendo en cuenta los cambios que pueden ocurrir con el paso del tiempo. Además, es de suma importancia promover la educación y la conciencia sobre la importancia de una nutrición adecuada en la población en general, a fin de que todos puedan contribuir a crear entornos favorables y apoyar a las personas mayores en su objetivo de mantener una buena salud (5).

Es necesario seguir investigando y desarrollando estrategias efectivas para abordar este desafío, teniendo en cuenta la diversidad de necesidades y circunstancias de las personas mayores. Solo a través de un enfoque integral, colaborativo y continuo, se puede lograr el objetivo de mantener funcional y saludable a la población mayor en un mundo en constante cambio y envejecimiento. La promoción de la salud y el bienestar en el envejecimiento poblacional requiere un compromiso conjunto de los gobiernos, los profesionales de la salud, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en general. Es crucial brindar servicios de atención integral que

aborden las necesidades de salud física, mental y social de las personas mayores. Esto incluye garantizar un acceso equitativo a servicios de atención médica, promover la actividad física regular, fomentar una alimentación saludable y proporcionar apoyo emocional y social.

## 1.2. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el riesgo nutricional en adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa?

## 1.3. Descripción del Problema

### 1.3.1. Área del Conocimiento

Área general : Ciencia de la Salud

Área Específica : Medicina Humana

Especialidad : Geriatría

Línea : Calidad de vida y riesgo nutricional en adultos mayores

### 1.3.2. Análisis y Operación de Variables

**Tabla 1: Operacionalización de Variables**

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Características generales de adulto mayor			
Edad	Años cumplidos	Edad	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
Grado de instrucción	Nivel de estudios concluidos	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal

Procedencia	Ciudad de procedencia	<p>Arequipa</p> <p>Cusco</p> <p>Puno</p> <p>Tacna</p> <p>Moquegua</p> <p>Otros</p>	Nominal
Estado civil	Estado civil	<p>Soltero</p> <p>Casado</p> <p>Viudo</p> <p>Divorciado</p>	Nominal
Enfermedades concomitantes	Diagnóstico de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Nominal
Variable Independiente: calidad de vida del adulto mayor			
Calidad de vida el adulto mayor	Cuestionario sobre calidad de vida según encuesta FUMAT modificada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta calidad de vida (41 a 60 puntos)</li> <li>- Mediana calidad de vida (21 a 40 puntos)</li> <li>- Baja calidad de vida (0 a 20 puntos)</li> </ul>	Ordinal
Variable dependiente: Riesgo nutricional del adulto mayor			
Riesgo nutricional del adulto mayor	Escala Mini Nutricional Assessment (MNA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\geq 24</math> puntos (Estado nutricional normal)</li> <li>- 17 a 23.5 puntos (Riesgo de desnutrición)</li> <li>- <math>&lt; 17</math> puntos (Desnutrido)</li> </ul>	Ordinal

### 1.3.3. Interrogantes Básicas

- ❖ ¿Cuáles son las características de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche?
- ❖ ¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche?

- ❖ ¿Cuál es el riesgo nutricional de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche?
- ❖ ¿Existe relación entre la calidad de vida y el riesgo nutricional en los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche?

### 1.3.4. Diseño de Investigación

**Tabla 2: Diseño de Investigación**

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de datos que se planifica recoger	Por el número de mediciones de la variable	Por el número de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cualitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	No experimental	Descriptivo

## 1.4. Justificación del Problema

### 1.4.1. Relevancia Científica

El presente estudio cumple con las pautas del método científico para describir un problema relevante en nuestra población, en un grupo de riesgo como son los adultos mayores, caracterizar la calidad de vida de estos pacientes, así como identificar algunos factores relacionados a su riesgo nutricional. Los hallazgos de este estudio pueden servir de base para comparaciones con otras realidades, así como para ampliar estudios con poblaciones más grandes y así poder generalizar las probables conclusiones. Así se demuestra la relevancia científica del presente estudio.

### 1.4.2. Relevancia Social

La malnutrición y el riesgo nutricional son uno de los problemas que afecta a gran cantidad de adultos mayores, ya sean de nivel socioeconómico alto o bajo, pues esta puede ser primaria o secundaria, por tal motivo, la presente investigación resulta fundamental para dar a conocer dicho problema, con el objetivo de concientizar sobre esta situación en la sociedad.

#### **1.4.3. Originalidad**

No se han realizado estudios de este tipo, con el objetivo de identificar algunos factores, entre ellos la calidad de vida, que puedan estar relacionados a la presencia de riesgo nutricional en adultos mayores que acuden a consulta externa de un hospital del ministerio de salud de nuestra ciudad, por lo que se cumple el criterio de originalidad.

#### **1.4.4. Actualidad**

El creciente número de adultos mayores que demandan atención en los diferentes establecimientos de salud, debido al aumento en este grupo poblacional, hace necesario enfocar investigaciones con el objetivo de indagar asuntos relacionados a factores de riesgo que puedan afectar directamente su salud, así indagar sobre el riesgo nutricional de los adultos mayores, permite sustentar que el presente estudio es un de actualidad.

#### **1.4.5. Interés Personal**

Durante la experiencia formativa hemos evidenciado el gran número de pacientes adultos mayores que buscan atención medica en las diversas especialidades, este grupo muchas veces es dejado de lado, pero tal vez sea uno de los más vulnerables, que más requiera cuidado y observación, por lo que es necesario conocer todos los factores que pueden poner en riesgo su ya delicado, estado de salud. Es por ello que enfocamos el presente estudio en el grupo de adultos mayores.

#### **1.4.6. Viabilidad**

El presente estudio fue financiado íntegramente por los investigadores. Las gestiones fueron realizadas de manera adecuada, cumpliendo las normas pautadas por la Universidad. Este sustento permitió dar viabilidad al presente trabajo de investigación.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Establecer si existe relación entre la calidad de vida y el riesgo nutricional de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Determinar las características generales de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche.
- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche.
- Determinar el riesgo nutricional de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche.

## **3. HIPÓTESIS**

Debido a que el riesgo nutricional de los adultos mayores depende de múltiples factores, entre ellos factores propios del adulto mayor, y de su entorno, creemos que la calidad de vida guarda relación con el riesgo nutricional en este grupo etario

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. Conceptos Básicos

#### 4.1.1. Generalidades

En la actualidad, el envejecimiento de la población constituye un fenómeno característico de la mayoría de los países, producto de la disminución de la natalidad y, en parte, de la prolongación de la esperanza de vida como resultado de los avances en la medicina. La tendencia de las poblaciones de América Latina y el Caribe ha sido lenta pero constante en el aumento de la esperanza de vida, lo cual ha generado una mayor proporción de personas adultas y de personas de edad avanzada, en particular en el grupo de sesenta y cinco años y más, y con un predominio femenino. En virtud de estas tendencias demográficas, los países de la región se encuentran en pleno proceso de envejecimiento poblacional. Este fenómeno plantea una serie de desafíos y oportunidades para el desarrollo de las sociedades, entre ellos proporcionar mejores condiciones de vida a los adultos mayores, promover la participación activa de este grupo poblacional y reflexionar sobre las nuevas formas de concebir e implementar las políticas públicas orientadas a envejecer bien (6).

El envejecimiento es un proceso biológico inevitable; en cambio, la calidad de vida de las personas adultas mayores es susceptible de ser intervenida y mejorada. El concepto de calidad de vida implica una valoración de la realidad en función de lo que una persona posee y de cómo valora lo que tiene con respecto a los demás, como su autonomía, actividades significativas y la participación social. El concepto y la perspectiva de la calidad de vida pasan tradicionalmente por la evaluación de las condiciones materiales de una persona y su entorno, luego pasó por centrarse en la dimensión salud y, actualmente, incluye variadas dimensiones, por ejemplo, físicas, psicológicas, familiares, sociales, económicas, espirituales, ambientales, entre otros (7).

#### **4.1.2. Factores determinantes de la calidad de vida en adultos mayores**

Para que la calidad de vida sea un aspecto valorado por y para cada una de las personas, ya sean estas jóvenes o adultas, sea por particulares situaciones biopsicosocial-culturales de estas mismas personas, como por la de los valores y condiciones de las diferentes sociedades donde viven estas personas; desde una perspectiva sociológica de la vida y su contexto, propone que desde este enfoque se aporten algunos resultados prácticos que contribuyan a «hacer vida» más fácil y comprensible en el marco del poder social en la igualdad de la diversidad, respectivamente en las diferentes necesidades de las personas y no que todos debemos tenerlas mismas (8).

La calidad de vida podría ser un ideal, una imagen de futuro o, un bien que se ofrece a realizar por sí mismo o por los otros. Proporcionan múltiples definiciones para el término calidad de vida, en función de los diversos enfoques con los que se ha abordado este concepto. Existen autores que lo asocian al nivel económico y de desarrollo de un país. A pesar de esta polisemia, en las diversas definiciones subyacen un conjunto de dimensiones comunes que se configuran como un indicador global de bienestar. Bienestar físico y apariencia física, autorrealización, vida en el hogar, vida familiar; bienestar material, bienestar personal (estado emocional, relaciones sociales, seguridad/estabilidad), desarrollo e integración social y autodeterminación (fortaleza externa del individuo) (9).

##### **4.1.2.1. Salud física y mental**

Los adultos mayores pueden acceder a estrategias de bienestar que permiten afrontar las limitaciones generadas por el envejecimiento, sobrellevar la pérdida de amigos, familiares, actividades, etc., y buscar el equilibrio entre aspectos que les generen placer y eviten sentirse abandonados. Para muchos adultos mayores, el aspecto emocional es un elemento fundamental de su calidad de vida. Sin embargo, algunos factores clave que afectan dicho bienestar están relacionados con problemas de salud mental y que en muchos casos no son solo cuestión del

adulto mayor o de su familia, sino que se ven comercializados por su situación socioeconómica, sus enfermedades crónicas, etc. Si la persona no está potencializada suficientemente, la percepción de su identidad, los roles, las actividades, cerca de los 64 años, el sujeto puede presentar dificultades cuestionando sobre qué ha hecho a lo largo de su vida, el por qué va a hacer tal o cual actividad, discontinuidad en algunas de sus relaciones, entre otros (10). Es fácil vivir con una mejor salud mental. También son importantes las redes a las que el adulto mayor pertenezca, el contexto que lo rodea, su cultura, el espíritu religioso y los hábitos y conocimientos personales que tengan sobre los factores protectores y de riesgo para su salud mental. Si un adulto mayor está satisfecho con su entorno y su red social le permite resolver problemas o además le da un apoyo afectivo, se verá más reforzado emocionalmente. Envejecer con salud y felicidad física significa estar bien y sentir satisfacción en ser el sujeto que es y que a lo largo de los años ha integrado diversos atributos que le permiten orientarse en la vida, identificarse consigo mismo, asumir con responsabilidad sus elecciones y acciones, relacionándose activamente con su entorno para hacer sentir su influencia y permeabilidad al contexto (8).

#### **4.122. Entorno social y apoyo familiar**

Las redes de apoyo y sus satisfactores sociales son un factor crucial en la calidad de vida del adulto mayor. Sabemos que la vejez es un período de transformaciones, pérdidas y disminuciones. Se ha señalado que, pese a la disminución y pérdida progresiva de poder con relación a su cuerpo, familia, medios de producción, entre otros, el adulto mayor puede mejorar su calidad de vida si sus propias capacidades y potenciales conservados le permiten manejar el estrés y lograr un balance dinámico favorable entre sus propias reservas internas y su historial personal de conductas adaptadas, y de la red de apoyo que lo rodea. El adulto mayor, además de sus actitudes positivas y resiliencia, depende de su aptitud para aceptar las limitaciones propias e irrenunciables de la edad, adaptar actividades para sostener habilidades y disminuir

déficits, mecanismos para encauzar afluentes emocionales y mantener una relación enriquecedora con los demás. Aumenta la probabilidad de que el aislamiento del anciano sea mayor, debido a la salida de escenas sociales consideradas como irremplazables, factor que a su vez disminuye su funcionalidad. Esto se relaciona con el riesgo de desarrollar depresión y malnutrición. Según lo anterior, el abordaje gerontológico que se asome a la calidad de vida de los adultos mayores no solo afecta a las características e intensidad de los apoyos, sino también a los percibidos o dinámicos del contexto de vida y el valor que a ello se le atribuye (9).

Es así como se ha señalado que la autopercepción, retractación personal, red social y actividades que realizan conforman un nivel intrapersonal que influye a nivel relacional sobre la calidad y cantidad de redes que el anciano busca. Otro aspecto relacionado son las características formales que adquieren estas relaciones, como entender a través de estas, tipo, calidad y grado de apoyo que respecta a sus miembros, y finalmente, cómo encausan sus aportes distintos miembros y que influyen sobre el funcionamiento global del sistema. Desde el nivel familiar y social, varias han sido las carencias que se le han atribuido al estudio de las redes personales, sus nodos y enlaces, en relación a la calidad de vida: la escasez de la información recogida referida justamente a la red de apoyo del adulto mayor como un sistema único y no en forma aislada, revirtiendo incluso sobre los resultados obtenidos y la imposibilidad de considerar la red y sus satisfactores, para articular directamente intervenciones que los favorezcan alcanzar determinados niveles de calidad de vida (11).

#### **4.123. Acceso a servicios de salud y asistencia social**

Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo global existen cambios demográficos importantes. Millones de personas llegan a los 60 años, y es que, en promedio, se añaden 8 años a la esperanza de vida de la población. Estos ancianos deben tener acceso a servicios de salud en cantidad y calidad adecuados, que les permitan mejorar su bienestar y prevenir enfermedades (5). La respuesta a esta creciente preocupación va más allá de un simple incremento de equipos

profesionales o instalaciones. Es necesario proponer una serie de estrategias y fomentar un trabajo en equipo que asegure un acceso equitativo y eficiente, poniendo el acento tanto en los aspectos de prevención como en los de naturaleza asistencial. Repensar el rol del enfermero, que no solo tiene una valiosa capacidad para modificar la conducta de pacientes y familias, sino, además, su disposición para emplear lo ganado con su capital social y político para informar, educar y movilizar la concreción de programas que aseguren la prestación de servicios de salud a las personas mayores (12).

El acceso definido como el grado de facilidad o dificultad de las personas para alcanzar y utilizar los servicios de salud y asistencia social que satisfagan sus necesidades implica fácil y ordenado acceso al primer nivel de atención en salud y asegurar la calidad y oportunidad de los servicios. En este sentido, los sistemas de salud del siglo XXI demandan cambios sustanciales que garanticen servicios integrales de alta calidad, enfocados y centrados en las personas, un acceso transparente y efectivo, y la contribución al bienestar integral de la población. De esta forma, hemos observado cambios desde un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en el paciente, el cual permite un contacto más cálido y cercano entre el usuario y los trabajadores de la salud, desde un modelo curativo a uno preventivo, el cual busca disminuir la morbimortalidad a través de medidas preventivas y promocionales.

Incorporar elementos esenciales de este propósito a la atención de salud dirigida a los adultos mayores, promover y fortalecer un modelo centrado en el adulto mayor, que promueva la participación activa y la corresponsabilidad en el autocuidado y autogestión de su salud, la cual no es solo curativa sino preventiva, dando lugar a cambios en los estilos de vida desde el punto de vista de la promoción de la salud. Promover y garantizar ambientes y entornos saludables que posibiliten el disfrute de una vida más integral y segura, brindar atención amigable y oportuna con enfoque de género e intercultural, sustentada en las diferentes estrategias de abordaje y protocolos nacionales, y así fortalecer las redes de salud amigables con el adulto

mayor, creando un clima laboral respetuoso, agradable y con un trato cálido al adulto mayor en su red de salud (9).

#### **4.13. Situación de la calidad de vida en adultos mayores**

El incremento en la expectativa de vida, con una edad promedio de 76 años, también ha industrializado la vejez, porque el número de hombres y mujeres mayores, con un exceso de 65 años y 60 años, respectivamente, ha aumentado considerablemente. En el alza o verdadero boom de los hombres y mujeres dependientes. Actualmente, hay unas personas de 80 años (de mayor edad), de las cuales 7 son mujeres, y de ellas, más de tal proporción probablemente haga inviable el modelo de seguridad social de un país como el nuestro. El otro dato a disposición de los investigadores está dado por la rapidez con que se están produciendo estos cambios, en particular en el ámbito de la cultura (9).

Como resultado de la mencionada situación demográfica, la población general experimenta el llamado "envejecimiento" que genera un envejecimiento poblacional. El aumento en la expectativa de vida, con una edad promedio de 76 años, también ha producido un cierto envejecimiento de la vejez, porque el número de hombres y mujeres mayores, con una edad superior a 65 años y 60 años, respectivamente, ha aumentado considerablemente. Un 12% de los adultos mayores, al menos un 33% sobre los 65 años, muestran dificultades en las actividades básicas de la vida cotidiana. En particular, el resultado del modelo de vida actual impone mayores demandas psicosociales en los adultos mayores, con una mayor afluencia de situaciones disfrazadas de crisis en su desarrollo, debido a la disminución en las defensas fisiológicas y la mayor vulnerabilidad; y su alejamiento de estas demandas, orientadas por un modelo de estilo de vida diferente, menos apegado a la tecnología y al cambio social, en las actitudes y costos psicológicos, que llevan a un menor conocimiento y un control disminuido sobre la administración y manejo del proceso de envejecimiento.

##### **4.13.1. Envejecimiento poblacional**

En el mundo, las tasas de natalidad han ido descendiendo de manera permanente. Desde el siglo XIX las tasas de mortalidad han ido disminuyendo sistemáticamente, llegando a ser nulas en determinados sectores poblacionales. Este proceso, en conjunto con la disminución en las tasas de natalidad, ha traído como consecuencia que en cerca de 25 años se duplique el número de adultos mayores de 60 años. Actualmente, el promedio de vida está en aumento, idealizando que se llegue a los 74 años en 2033; se podrá lograr que la expectativa en hombres y mujeres llegue a 71.4 y 78.3 años, respectivamente (5, 7).

Por lo tanto, urge hacer de la longevidad un logro saludable y sostenible, mitigar sus desafíos. Esto exige que toda la sociedad, familia, comunidad y sector público, conozcan y se comprometan con el envejecimiento y la vejez; redoblen esfuerzos para prevenir la enfermedad relacionada y maximicen las posibilidades para adaptar y optimizar la vida posterior, incluyendo la asistencia a aquellos que ya son frágiles.

#### **4.132 Discriminación y estereotipos**

Entre los factores que afectan negativamente su calidad de vida, los adultos mayores refieren en primer término el sentimiento de soledad, aislamiento y discriminación. El prejuicio social es otra de las problemáticas identificadas, siendo común que los jóvenes consideren que las personas mayores son un estorbo, una carga para la familia y la sociedad. En nuestra cultura, con énfasis en el valor de la productividad y la competitividad, el adulto mayor se convierte en una especie de inútil o ineficaz si no logra hacer algo, si no tiene deseos de superación o ya no se dedica a las labores productivas (13). Ello, sumado en muchos casos a los procesos de jubilación que inciden en una disminución del ingreso, lleva en muchos casos a que sean objeto de abusos, maltratos, discriminación laboral, entre otros. Todo ello influye negativamente en la salud física y mental, ocasionando estados de desaliento, postración y aburrimiento. Se observan variados ejes de discriminación social, señalados por los propios adultos mayores. Entre ellos se encuentran las dificultades de acceso a diversos bienes y servicios, discriminación

por edad en la búsqueda y mantención de un trabajo productivo, segregación social generacional y el distanciamiento de las actividades del adulto mayor con las exigencias, costumbres y rutina de las familias jóvenes.

Por otro lado, la falta o limitación de redes de apoyo social, personas en su entorno que acompañen, ayuden y brinden cariño y cuidados no solo por motivos materiales, sino por simple dedicación y amor al otro, es una necesidad que busca satisfacción social. A medida que envejecemos, son mayores las pérdidas afectivas y las dificultades propias que podrían dejar al adulto mayor cada vez más frágil y desprotegido, y con esa necesidad latente de contar con una red de apoyo que le brinde confianza y seguridad, derribando el mito social que considera al anciano estigmatizado y excluido socialmente. Esa dimensión beneficia a la calidad de vida del adulto mayor a través de variables afectivas, sociales, económicas, y en algunos casos de prestigio y reconocimiento social o familiar (13).

#### **4.133. Tecnología y accesibilidad**

Un sector particular donde la tecnología ha tenido un importante impacto es la accesibilidad y la ayuda para la discapacidad, mejorando notoriamente la calidad de vida, especialmente de adultos mayores discapacitados. En este sentido, se han observado avances significativos en la tecnología orientados a buscar soluciones que permitan un accionar más autónomo frente a las limitaciones de la actividad para las diversas discapacidades. Hay un creciente interés en las soluciones de Tecnología de la Información y Comunicación para el desarrollo de aplicaciones para dispositivos móviles; tecnología de asistencia en casos de discapacidad física, psíquica o intelectual. Es notable la cantidad de aplicaciones que abordan necesidades de personas con problemas de comunicación. Algunas aplicaciones incluyen herramientas blandas, como la dictadura de texto y síntesis de voz, y otras más dirigidas al control directo de periféricos, entre otras funciones (9).

En cuanto a la accesibilidad urbana, uno de los avances que las TIC posibilitan es el uso de las redes sociales. Esta herramienta permite a los propios usuarios de accesibilidad reportar y denunciar barreras en la ciudad. Una propuesta particular es una aplicación que permite consultar el estado de accesibilidad de los lugares e informar sobre el estado de la accesibilidad por parte de los mismos usuarios. Informa a otros posibles interesados acerca del uso de medios alternativos al transporte público, como taxis adaptados. Así, la aparición de esta tecnología ha favorecido a los ciudadanos para exigir a las administraciones una mejora en este sentido. Otra área de inclusión concreta en este sentido está ligada a la intervención comunitaria de los vecinos en cada lugar y, por ende, a la utilización de una plataforma para que aquel que movilice a este sujeto discapacitado pueda dejarle su opinión para enriquecer la visita.

#### **4.1.4. Intervenciones y políticas públicas relacionados al cuidado de los adultos mayores**

Es deseable realizar intervenciones en la comunidad, especialmente en el ámbito de las promociones de curso de vida, promoción de estilos de vida saludables, accesibilidad a espacios públicos, recreativos, trabajo y sistemas de salud amigables con los adultos mayores. Las redes de apoyo disponibles en un determinado territorio favorecerán o interferirán en los resultados de estos modelos.

Programas especiales de bienestar se encuentran ampliamente dispersos. Se ha desarrollado una guía técnica de servicios de bienestar para un envejecimiento activo, los cuales se centran en la evaluación de las necesidades de bienestar e incluyen una serie de servicios. Ya en países desarrollados se está generando la necesidad de focalizar en subgrupos de adultos mayores con necesidades diferenciales. Un ejemplo que podría ser estudiado es el de clubes para fomentar, incentivar y promocionar, desde la municipalidad, el bienestar y la diversión de los adultos mayores que residen en esa ciudad, generando actividades que ellos pueden elegir. Además, tienen una parte de envejecimiento activo, la cual incluye instancias de capacitación y charlas

para compartir con los demás adultos mayores (16). Otros programas, donde adultos mayores asesoran a profesores sobre clases de memoria innovadoras para mantener activas a las personas mayores en el proceso de enseñanza. También se abordan distintas áreas como alimentación y nutrición, salud, ejercicio físico, formación e intercambio de experiencias, apoyo psicosocial y atención personal, además de generar una serie de materiales y recursos sobre las áreas propuestas. Dedicar una parte del tiempo de la persona mayor a las mejoras de su bienestar repercutirá directamente en un mejor envejecimiento activo. Los programas de bienestar deberían contribuir a: mejorar las competencias de las personas a lo largo del curso de su vida, posibilitar entornos favorables, fomentar actitudes y comportamientos saludables(16).

#### **4.1.4.1. Programas de bienestar y envejecimiento activo**

El envejecimiento activo se considera como una estrategia para aumentar la calidad de vida y, de manera adicional, aliviar la carga financiera sobre los sistemas de salud. En el marco del envejecimiento activo, se realzan aspectos como (17):

Participación social: vida integrada;

- Seguridad personal: por ejemplo, seguridad financiera, protección personal, seguridad de las redes sociales, etc.;
- Habilidades cognitivas: importancia a la educación continua y talleres que mantengan y/o permitan adquirir nuevas habilidades;
- Habilidades físicas: actividades de entretenimiento, recreación, terapéuticas para el mantenimiento de la capacidad funcional y la preservación de la salud.

Como parte de los servicios que ofrecen algunos países para motivar y apoyar el envejecimiento activo, destaca un programa que refiere instrumentos que no son específicos para la población adulta mayor; no obstante, se espera que en el marco de la nube de actividades se incluyan herramientas más especializadas (15).

#### 4.1.5. Riesgo nutricional en adultos mayores

Se define malnutrición como un estado, agudo o crónico, de deficiente, excesiva o desbalanceada absorción o utilización de nutrientes, que puede presentarse en forma conjunta con déficit, exceso o desbalance de ingesta o una combinación de estos factores (18).

El riesgo nutricional se manifiesta cuando existe una falta o desequilibrio en el aporte de calorías, proteínas y otros nutrientes en el cuerpo, lo que ocasiona impactos negativos en el aspecto y funcionamiento del cuerpo, además de afectar la salud general. El riesgo nutricional se refiere a la posibilidad de que una persona desarrolle desnutrición, lo que conlleva a un deterioro en su salud (19).

La desnutrición se presenta cuando, de forma continua, hay un déficit del aporte de nutrientes en la alimentación o cuando el cuerpo no puede absorber los nutrientes de los alimentos. Lo que, en muchos casos, se manifiesta con una pérdida de peso corporal (20).

La desnutrición según sus causas se puede clasificar en (12):

- Primaria: Cuando no hay acceso a los alimentos ya sea por: falta de recursos económicos, falta de ayuda para comprar los alimentos o preparar las comidas.
- Secundaria: Cuando por alguna enfermedad, aunque se pueda comer, no se aprovechan los nutrientes: falta de apetito, carencia de piezas dentales, mala digestión, fármacos que pueden interactuar con los nutrientes.
- Mixta: Cuando no se tiene acceso a los alimentos y además no se puede aprovechar de forma adecuada.

La desnutrición en adultos mayores provoca diferentes problemas de salud como: reducción del sistema inmunológico; lo cual, eleva la vulnerabilidad a infecciones, dificultad en la cicatrización de heridas, menos masa ósea y debilidad muscular que podría causar caídas y fracturas. También, se incrementa la posibilidad de hospitalización y el tiempo de estancia en

el hospital; y hay un mayor riesgo de muerte (12). Por lo cual es importante realizar una adecuada valoración nutricional para este grupo etario.

El envejecimiento poblacional presenta grandes desafíos, en especial en áreas de la salud, como el área nutricional, la cual cobra relevancia al considerar que, en general, los adultos mayores presentan un deterioro del estado nutricional a lo largo de los años. El diagnóstico nutricional considera adicionalmente anamnesis nutricional, datos bioquímicos y antropométricos, así como otros hallazgos clínicos.

El diagnóstico de malnutrición en el adulto mayor requiere recordar que existe el concepto de malnutrición más asociada a enfermedad que a nutrición, entendiendo que el deterioro inmunológico e inflamatorio del adulto mayor hace que, frente a una enfermedad intercurrente, el umbral de daño se reduzca y la recuperación se produzca a un precio funcional que puede no ser recuperado, por lo que el diagnóstico nutricional antecedente es clave. Un delgado balance entre los procesos de anabolismo y catabolismo sustenta la calidad y cantidad de masa magra, que representa el principal reservorio de proteínas y del espacio intracelular; una vez que son degradadas, las proteínas contribuyen con 20-30 g/día de aminoácidos al origen del glucógeno hepático por gluconeogénesis o a la degradación de ácidos grasos con la formación de cuerpos cetónicos en situaciones que favorecen la utilización de los mismos, como sucede en la dieta cetogénica o en enfermedad. Por lo que, al producirse malnutrición, se puede ver comprometido el metabolismo energético, debido a esta disminución en la cantidad y calidad de las proteínas, que es frecuente en la población adulto mayor.

#### **4.1.6. Importancia de la evaluación del estado nutricional**

Un buen estado nutricional no solo otorga salud al individuo, sino que también mantiene un equilibrio en la capacidad funcional de las mediaciones nerviosas y musculares que hoy en día

movilizan al adulto mayor. Una buena alimentación brinda una regulación orgánica de las hormonas, resistencia a las infecciones por el aporte de defensas, y una buena oxigenación de los tejidos que mantiene un equilibrio en el estado de ánimo y la memoria. Todo esto se refleja en el desenvolvimiento y autonomía del adulto mayor (20).

La mala alimentación es una de las tres causas más importantes de enfermedad en el chequeo de los adultos mayores, y también una pérdida de apetito disminuye la capacidad funcional del dependiente. Es importante tomar en cuenta la evaluación geriátrica integral cuando se evalúa el estado nutricional de esta población.

#### **4.1.7. Métodos de evaluación del estado nutricional en adultos mayores**

Además de la anamnesis dietética habitual y el examen clínico, los exámenes complementarios son de gran importancia. Las investigaciones dirigidas a evaluar el estado nutricional en adultos mayores son diversas, desde los exámenes bioquímicos, hematológicos e inmunológicos. Al utilizar la biología molecular, recientemente también se han observado parámetros y marcadores nuevos relacionados con los complejos mecanismos genéticos, como los polimorfismos nucleotídicos y las modificaciones epigenéticas, termógenos ambientales y de estilo de vida que resultan en estados nutricionales alterados y predispuestos a determinadas enfermedades. Los parámetros hematológicos, como la hemoglobina y el hematocrito, si bien relacionados con el estado nutricional, tradicionalmente se han utilizado para la cuantificación de la anemia o de la deshidratación y menos para el estudio del estado nutricional (12,21).

Rangos de referencia no han sido bien establecidos en la práctica. En las mujeres, especialmente las que padecen osteoporosis u osteopenia, también se podría realizar una densitometría ósea y establecer, de manera más efectiva, la cantidad de tejido magro que determinará el estado de nutrición. Diversos parámetros de las pruebas de imagenología se pueden tomar en cuenta, como los taninos de la resonancia magnética que indican el envejecimiento cerebral, la

medición del flujo del ventrículo izquierdo por ecocardiografía, así como la medición del pliegue subcutáneo por ultrasonido y otras exploraciones que se están investigando, como la elastografía pancreática para evaluar la fibrosis del páncreas endocrino y exocrino (21).

4.1.7.1. **Índice de masa corporal:** Es un indicador del estado nutricional ampliamente usado para diferenciar entre sujetos con bajo, normal y sobrepeso u obesidad. El IMC se calcula dividiendo el peso en kilos por la estatura en metros al cuadrado. La tabla describe la distribución del IMC en relación con el estado nutricional. En el caso de los adultos mayores, el IMC no es suficiente para definir el estado nutricional, ya que tiende a aumentar con la edad debido a la disminución de la masa magra y a la variación de la masa grasa. Por tanto, es muy importante combinarlo con otras técnicas diagnósticas, como la circunferencia de cintura y el porcentaje de masa grasa.

Más que el peso, es la variación de este, es el indicador clave del estado nutricional. En el adulto mayor, se consideran de relevancia disminuciones superiores al 5% en un plazo de 6 meses, o mayores al 10% en un año, o superiores al 15% en 2 años. Así mismo, se deben considerar los antecedentes a largo plazo, trastornos de la alimentación, trastornos digestivos, patologías crónicas o medicación. El IMC, junto con la circunferencia de cintura y la morfología, da una medida efectiva del riesgo a enfermedades metabólicas. Se establece que todos los adultos con  $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$  presentan mayor riesgo a enfermedades como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión, mientras que un  $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$  se asocia con mayor riesgo a enfermedades como dislipemia e incremento de mortalidad.

4.1.7.2. **Circunferencia de la cintura:** La circunferencia de la cintura es útil como predictor de enfermedad porque algunas investigaciones en el adulto han mostrado que hay una relación entre la grasa abdominal y el desarrollo de diabetes, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular. También se reconoce que el aumento de la circunferencia de la cintura en el adulto es predictor de riesgo de mortalidad por causas cardiovasculares y totales. Según la

OMS, una circunferencia de la cintura incrementada con riesgo para su salud es para el adulto mayor de 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre. Una circunferencia de cintura superior a 86 cm en mujeres y 90 cm en hombres ancianos revela el predominio de adiposidad abdominal, constituyéndose en predictor de obesidad central, síndrome metabólico, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, resistencia a la insulina, alteración en el metabolismo de los lípidos, hipertensión arterial, alteración en el metabolismo de la glicemia, enfermedad cardiovascular y mortalidad.

Los puntos de corte propuestos sugieren que, a partir de 88 cm en mujeres y 102 cm en hombres, el riesgo para enfermedad es más alto. Para la población adulta, se establece que existe un elevado riesgo de mortalidad a partir de 91 cm en mujeres y 88 cm en varones, lo que constituye el punto de corte propuesto para un buen indicador de riesgo de enfermedad cardio metabólica en los adultos mayores. Se encontraron datos estadísticos como valores de predicción de morbilidad y predicción de diabetes tipo 2 de adultos mayores entre 45 y 85 años, estimaron para mujeres el rango de alto riesgo de 88-98 cm y riesgo elevado mayor a 88 cm. En un grupo exclusivo de adultos por encima de 60 años, estos valores fueron similares a 88-102 cm para riesgo aumentado y mayor a 102 cm para riesgo muy alto. En los hombres, los valores de umbral fueron: 95-102 cm para riesgo elevado y mayor a 102 cm para riesgo muy alto y en mayores de 60 años, 95-102 cm para riesgo muy alto y mayor a 102 cm para riesgo muy alto.

#### **41.73. Historia clínica y antropométrica**

**Prueba de la marcha:** para determinar el riesgo de caídas, la velocidad de la marcha será inferior a 0.8 m/s para distancias entre 5-6 m (mejor predictora velocidad de 6 m). Puede llegar hasta D y mayor 1.28 personas no débiles con riesgo de caídas.

**Historia clínica:** La interrogación al paciente, especialmente centrada en los hábitos alimentarios, nos permite ver si hay un déficit en el aporte de energía o nutrientes, problemas dentales, dificultades en la introducción de alimentos sólidos o ayuda para su realización,

intolerancias o alergias alimentarias, problemas digestivos, situación bucodental, tipo de utensilios empleados y prácticas de higiene, preferencias y aversiones, situación sociofamiliar, toma de medicaciones, dieta anterior. Infancia y edad adulta hasta la jubilación suelen repetirse hábitos alimentarios, así como el patrón de vida, lo que también permite realizar una estimación global de la situación nutricional del paciente.

**Cribado nutricional:** Se deben realizar cribados dirigidos a identificar a personas en riesgo de sufrir malnutrición, especialmente al inicio del proceso asistencial, que incluyan indicadores de malnutrición asociados a la ingesta, padecimientos y alteraciones del estadonutricional.

#### 4.1.8. Factores de riesgo nutricional en adultos mayores

**Presencia de enfermedades crónicas:** La presencia de una o más enfermedades crónicas altera la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor. **Deterioro mental:** La alteración de la memoria, así como otros tipos de alteraciones de la esfera mental, como los trastornos afectivos, de personalidad o la disminución de la capacidad ejecutiva o de los reflejos, altera la alimentación. La polifarmacia con uso crónico de medicamentos que interfieren a nivel de la mucosa intestinal puede condicionar deficiencia de vitamina B12 y problemas de absorción de diferentes micronutrientes. Dependencia para la realización de compras y utilización de diferentes utensilios como cocina y horno, y del estilo de preparación de la misma (13).

**Alteraciones del estado buco-dental:** Cualquier circunstancia que esté relacionada con la dentición, alteración de la mucosa oral, dificulta la ingesta normal del alimento. **Problemas de incontinencia vesical o fecal:** por incontinencia o alteraciones de las motricidades urinarias o de la defecación, en relación con trastornos vésico-esfinterianos, trastornos de la movilidad de tránsito intestinal o por déficit de esfínteres. **Nivel socioeconómico bajo,** con escasez o dificultad para acceder a alimentos y a pelearlos, vivir solo, sin nadie que supervise, oriente o cuestione los hábitos alimenticios y la utilización de la ayuda/asistencia por parte de los servicios sociales. **Personas mayores que viven en instituciones padecen habitualmente un**

descenso de su apetencia o rechazo de dietas específicamente diseñadas para personas mayores, con baja oferta de alimentos variados y digestivos, que suele cursar en insuficiencias proteico-energéticas y malnutrición en general, presentando cierto riesgo a nivel general y específico (13).

#### **4181. Cambios fisiológicos relacionados con la edad**

Como en todos los campos, el proceso de envejecimiento está afectado por distintos factores biológicos, genéticos y ambientales que contribuyen a la interacción social e individual en los diferentes aspectos del individuo. Los cambios fisiológicos que se observan con relación al paso de los años están más relacionados con factores de tipo intrínseco que extrínseco. Existen factores de diferente índole que afectan al estado nutricional del adulto mayor, como factores relacionados con el envejecimiento en sí mismo y factores sociales, familiares, socioeconómicos, etc. En este punto nos vamos a centrar en cuáles son los cambios que se producen en el propio organismo con el paso de los años y que pueden afectar a la calidad y cantidad de vida de dichas personas (22). Estas situaciones sin duda van a estar íntimamente relacionadas con el estado nutricional y tanto una buena y temprana detección de los distintos problemas como de la adopción de las medidas encaminadas a solucionar tales deficiencias a través de la educación sanitaria, la nutrición personalizada, terapia farmacológica, etc., sin duda van a influir en la mejora de la calidad de vida y en el retraso de su aparición. Por otro lado, el diagnóstico precoz y el control de factores de riesgo intrínsecos van a favorecer un mejor estado nutricional y, por tanto, una mayor resistencia y capacidad de adaptación del organismo ante enfermedades intercurrentes, emociones negativas, problemas sociales o físicos, etc.

#### **4182. Factores socioeconómicos y culturales**

La capacidad económica del adulto mayor incide directamente sobre los hábitos en el consumo de alimentos, pudiendo presentar déficit en aquellos con alto valor nutritivo. Una mala alimentación y un estado nutricional deficiente influyen considerablemente en la morbilidad y

en la mortalidad de los ancianos. La escasez de nutricionistas o profesionales adecuados para aplicar intervenciones, así como la ausencia de evaluación y monitoreo continuo del estado nutricional, son problemas significativos. Los costos de una alimentación saludable han resultado ser más elevados al compararlos con el costo y composición de una dieta no saludable, junto con el personal con mayor poder adquisitivo. Los resultados del estudio indican que muchos de los problemas alimentarios y nutricionales que mencionan los abuelos están vinculados con sus condiciones socioeconómicas, como la precariedad económica por la falta de trabajo estable (23, 24).

Por eso, la forma de vida y la alimentación, además de las enfermedades que más frecuentemente presentan, son: diabetes, hipertensión, alteraciones del colesterol, artrosis y osteoporosis. Los investigadores y los profesionales deben considerar estos aspectos para promover estilos de vida saludables acordes con la calidad de vida de las personas y no contribuir al deterioro de la misma. Se destaca la importancia que el campo de la alimentación y la nutrición otorga a conceptos como dieta saludable y consumo nutritivo en procura de prescripciones para la población general (24). Sería interesante revisar qué sucede internamente a nivel de las personas al intentar colocar estas teorías en la práctica. Se analizan los discursos alimentarios de un grupo de adultos de la ciudad y luego se presenta la contribución de un grupo de jóvenes estudiantes universitarios acerca de los problemas que enfrentan a la hora de decidir su alimentación desde el momento en que se les presentan, por lo menos, dos discursos contrapuestos en relación a un corpus alimentario hegemónico.

## 4.2. Revisión de Antecedentes Investigativos

### 4.2.1. A Nivel Internacional

- a) **Título:** Estado nutricional en adultos mayores y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles.

**Autor:** García L, Quevedo N, Maritza M, Burón R.

**Fuente:** Revista Electrónica Medimay 2021 Oct-Dic; 28(4);  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2021/cmh214f.pdf>

**Resumen:** El objetivo del describir la situación nutricional del adulto mayor y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el Consultorio Médico de la Familia número 13 del policlínico "Luis Li Trigent", el universo estuvo constituido por 322 adultos mayores, se tomó una muestra no probabilística que quedó conformada por 97 adultos mayores, con enfermedades crónicas no transmisibles. Se estudiaron variables como: la edad, el sexo; el estado civil, los factores de riesgo; las enfermedades crónicas, el número de enfermedades y la valoración nutricional; se calculó el Índice de la masa corporal.

Como resultados se encontró que predominaron los adultos mayores de 60 a 74 años, en un 52.57 %; el sexo femenino, el 32.98 %, el estado civil casados, un 42.26 %. El factor de riesgo de malnutrición más frecuente fue la polifarmacia, en 63.91 %, la enfermedad crónica más presente era la hipertensión arterial, 52.57 % y la valoración nutricional influyente el sobrepeso, en ancianos que presentaron de 2 a 3 enfermedades, 29.79%.

Se concluyó que el sobrepeso es el estado nutricional que prevalece en los adultos mayores, se asocia con las variables sociodemográficas y los factores de riesgo que describen la relación del proceso de envejecimiento y las enfermedades crónicas no transmisibles(17).

- b) **Título:** Riesgo nutricional y hábitos alimentarios en adultos mayores del centro de atención integral para grupos prioritarios, Ibarra 2023.

**Autor:** Velazco C, Velázquez E.

**Fuente:** Universidad Técnica del Norte, Ibarra – Ecuador. 2023.

DOI: <https://doi.org/10.32645/13906984.1232>

**Resumen:** En esta investigación se evaluó el riesgo nutricional y los hábitos alimentarios en los adultos mayores no institucionalizados que acuden al Centro de Atención Integral para Grupos Prioritarios de la ciudad de Ibarra, Ecuador. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo trasversal en 60 adultos mayores, de 60 años y más. El cuestionario estuvo compuesto de datos sociodemográficos, hábitos alimentarios mediante la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM) y el riesgo nutricional con la herramienta Mini Nutritional Assessment (MNA). Del total de personas estudiadas, el 53,33 % son hombres y el 46,67 % mujeres; con una edad promedio de  $69,83 \pm 10,69$  años. El 5 % de los sujetos presentaron malnutrición y el 58,3 % riesgo de malnutrición. Mediante el IMC, 20 % de los sujetos estudiados obtuvo delgadez y el 36,67 % sobrepeso y obesidad. Asimismo, el 96,67 % presentó mala calidad de la alimentación. Además, no encontró asociación entre el riesgo nutricional y los hábitos alimentarios ( $p > 0,05$ ). Uno de cada dos adultos mayores presentó malnutrición o riesgo de malnutrición, así mismo la totalidad de estos tenían mala calidad de alimentación, no obstante, estas dos variables no mostraron asociación significativa (18).

#### 4.2.2. A Nivel Nacional

c) **Título:** Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria.

**Autor:** Bernui I, Delgado – Perez D.

**Fuente:** An. Fac. med. vol.82 no.4 Lima oct./dic. 2021

<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v82i4.20799>

**Resumen:** El estudio planteó como objetivo determinar los factores asociados al estado y al riesgo nutricional en un grupo de personas adultas mayores.

Se encuestaron 265 adultos mayores, libres de deterioro cognitivo y capaces de comunicarse, atendidos en centros de atención primaria. Se aplicó el Mini Nutritional Assessment (MNA) y se midieron peso, talla, circunferencia de brazo y de pantorrilla. Las categorías del MNA según puntaje fueron: 'malnutrido' <17; en 'riesgo de malnutrición' entre 17 - 23,5; >23,5 'normal'. También se evaluó el estado nutricional según índice de masa corporal (IMC) con dos diferentes puntos de corte. Como resultados, El 79% de los encuestados fueron mujeres; el 46% tuvo entre 70 y 79 años. Según el MNA sólo una persona tuvo 'malnutrición', el 32,4% tuvieron 'riesgo de malnutrición'. En cambio, según el IMC, el 50% tuvo exceso de peso según punto de corte de la OPS y más del 80% tuvo exceso de peso según el punto de corte de la OMS. Se encontró un mayor puntaje del MNA en los hombres, y el 'riesgo de malnutrición' estuvo asociado a un mayor consumo de medicamentos. Se concluyó que el estado nutricional de la mitad de los adultos mayores fue de exceso de peso según IMC con los puntos de corte de la OPS y un tercio de ellos tuvieron riesgo de malnutrición según el instrumento MNA (19).

**d) Título:** Vulnerabilidad alimentaria y riesgo nutricional en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, Lima.

**Autor:** Miranda López Y.

**Fuente:** Repositorio institucional de la Universidad Mayor de San Marcos, 2022.

<https://hdl.handle.net/20.500.12672/17830>

**Resumen:** El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre vulnerabilidad alimentaria y el riesgo nutricional en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador. Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de asociación cruzada, transversal y observacional.

Se entrevistó a 80 usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se les aplicó la encuesta de Vulnerabilidad Alimentaria, previamente validada y el Mini Nutritional Assessment (MNA). Se analizó la asociación entre variables mediante la prueba Chi cuadrado con un nivel de confianza al 95%.

Como resultados se encontró el 94% de la muestra fue del sexo femenino y la edad media fue  $69,9 \pm 6,01$ . Se evidenció que el 53% de usuarios tuvo vulnerabilidad alimentaria leve y el restante de tipo moderado, según el riesgo nutricional el 24% de adultos mayores tuvieron malnutrición y más del 50% riesgo de malnutrición. Se halló asociación significativa entre dichas variables ( $p=0,032$ ). Se concluyó que más de la mitad de la muestra presentó vulnerabilidad alimentaria leve y riesgo de malnutrición, además se encontró una asociación significativa entre las variables vulnerabilidad alimentaria y el riesgo nutricional en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador (20).

#### 4.2.3. A Nivel Local

e) **Título:** Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos de la ciudad de Arequipa, Perú.

**Autor:** Cárdenas-Quintana H, Machaca-Hilasaca M, Roldán-Arbieto L, Muñoz Del Carpio Toia Águeda, Figueroa Del Carpio V

**Fuente:** Revista Nutrición clínica y dietética hospitalaria Vol. 42 Núm. 01 (2022). DOI: <https://doi.org/10.12873/421cardenas>

**Resumen:** El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de desnutrición o riesgo de desnutrición y los factores asociados, en adultos mayores autónomos no institucionalizados que viven en la Ciudad de Arequipa, Perú.

Fue un estudio transversal en muestra de 214 adultos mayores. Para valorar el estado nutricional se utilizó el Mini Nutritional Assessment (MNA), la evaluación funcional por la

escala de Lawton y Brody, el cuestionario Pfeiffer para medición del estado mental, síntomas depresivos a través de la escala de Yesavage y riesgo sociofamiliar con el Test de Gijón. Para la asociación entre los factores de riesgo con el MNA, se calculó el Odds Ratio crudo (OR) y Odds Ratio ajustado (ORa), este último a través de un modelo de regresión logística binario, con intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Del total de sujetos estudiados, el 88,3% son mujeres y el 11,7% hombres. El 51% presentó riesgo de desnutrición y 2% desnutrición. Los factores de riesgo asociados a la desnutrición o riesgo nutricional fueron: edad (OR=3,2; IC95% [1,6-6,2]), patologías previas (OR=3,9; IC95% [1,7-8,8]), dependencia funcional (OR=3,8; IC95% [2,0-7,4]) y estar en riesgo social (OR=3,1; IC95% [1,8-5,5]). Los OR ajustados identificaron los mismos factores de riesgo con excepción de la dependencia funcional (ORa= 1,7; IC95% [0,6-4,5]) (22).

**f) Título:** Hábitos alimenticios relacionado al estado nutricional del adulto mayor en tiempo de covid-19 en el Centro de Salud Generalísimo San Martín, Arequipa 2021.

**Autor:** Calderón Ramos L, Vargas Cari, L.

**Fuente:** Repositorio digital institucional de la Universidad Cesar Vallejo. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/69514>

**Resumen:** El estudio tuvo como objetivo, determinar la relación entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional de los adultos mayores del centro de salud Generalísimo San Martín Arequipa 2021. Presento un enfoque cuantitativo, de tipo nivel básico, diseño de corte transversal descriptivo no experimental conformada por 87 adultos mayores, para la recolección de datos de la variable hábitos alimenticios se utilizó como técnica la entrevista telefónica y un cuestionario y para el estado nutricional la técnica fue el análisis documental de la historia clínica y una ficha de recolección de datos, los resultados indican que un 42.5% tiene hábitos alimenticios regulares, esto se relaciona con el estado nutricional de los adultos

mayores que presenta sobrepeso con un porcentaje de 47.1%. Se concluyo que existe relación entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional de los adultos mayores, atreves del valor de Rho de Sperman de  $Rho=0.656$  donde a mejor estado nutricional menores los factores que determinan los hábitos alimenticios. Y en el análisis por medio de la significancia es de  $p=0.017$  menor al parámetro limite ( $p<0.05$ ) es decir que existe una relación positiva y directa entre las variables analizadas (23)

**g) Título:** Estado nutricional y deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten al consultorio de geriatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, abril 2023.

**Autor:** Teresa Nathali Sacsi Sarmie

**Fuente:** Repositorio Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín.

<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c5991b17-3ea9-4cab-85b4-160589682f74/content>

**Resumen:** El objetivo fue determinar cuál es el estado nutricional y el deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten al consultorio de geriatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza. Fue un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal. Se realizó mediante entrevista a pacientes que acudían a consulta externa de geriatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. En total la muestra fue de 116, se empleó como instrumento una ficha de datos, el “Mini Nutritional Assessment” y el “Minimental test”. Se encontró que del total 116 adultos mayores, el 76.7% presentó riesgo de malnutrición y el 11.2% malnutrición. En cuanto a la valoración cognitiva el 54.3% presentó deterioro cognitivo leve, 11.2% presentó deterioro cognitivo moderado y ninguno severo. Con relación a las variables sociodemográficas se halló que el 45.7% comprendía de 60 a 70 años y un 2.6% más de 90 años. El 53.4% fue de sexo femenino. En referencia al nivel de instrucción el 54.3% tuvieron

solo primaria, un 12,9% ningún estudio. El 63.8% del total de la población no presentó polifarmacia y considerando los rangos de IMC el 29.3% adelgazados, el 24.1% sobrepeso y un 4.3% obesidad. Se concluyó que el estado nutricional más frecuente fue riesgo de malnutrición; en cuanto a la valoración cognitiva primó el deterioro cognitivo leve en comparación con al moderado y severo. Respecto a las variables sociodemográficas presentes fueron sexo, edad, nivel de instrucción, IMC y polifarmacia (25).





## **CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas

Se utilizará como técnica de recolección de datos, la aplicación de una encuesta directa para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores y una ficha de recolección que será aplicada por el investigador a los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche.

### 1.2. Instrumentos

#### 121. Cuestionario sobre calidad de vida según encuesta FUMAT modificado

Para evaluar la calidad de vida del adulto mayor, se utilizará la encuesta FUMAT, donde a cada adulto mayor se le detallaron los enunciados, y estos contenían cuatro opciones de respuesta de tipo Likert.

La encuesta FUMAT tiene como objetivo identificar el perfil de calidad de vida de una persona y se evalúa, de forma objetiva, a personas con discapacidad a partir de los 18 años o personas mayores de 50 años. Es una encuesta que consta de 8 dimensiones y 57 preguntas de respuestas tipo Likert (34).

Se seleccionará aquellas dimensiones que son relevantes para la presente investigación. El instrumento final consta de una presentación, instrucciones, datos generales y 20 preguntas que fueron divididas en 4 dimensiones, el cual tuvo un tiempo de 15 a 20 minutos para su aplicación (Anexo 3). Dicho instrumento fue empleado y validado por Aucasime (7) que hizo pasar el instrumento por una validación de jueces expertos y demostró un alfa de Cronbach de 0,7567 (alta validez y concordancia).

Para calificar Calidad de Vida se dividió en 3 categorías: Alta, Media y Baja calidad de vida, para lo cual se le dio una puntuación de: 41 – 60 puntos, 21 – 40 puntos y 0 – 20 puntos respectivamente.

## **122 Mini Nutricional Assessment (MNA)**

Este instrumento validado y relativamente sencillo de utilizar, mediante 18 preguntas breves divididas en cuatro bloques. El primero bloque hace referencia a las mediciones antropométricas (índice de masa corporal, circunferencia braquial, circunferencia de la pierna y pérdida de peso), en el segundo bloque corresponde a la evaluación global del paciente con 6 preguntas sobre el estilo de vida, medicación y movilidad, a continuación se hace referencia a la evaluación nutricional mediante las preguntas de número de comidas, ingesta de alimentos, líquidos y autonomía para comer y ya por último se realiza una evaluación subjetiva del estado nutricional mediante la autoevaluación del estado nutricional y comparación con otras personas de su misma edad (5,6).

La puntuación obtenida (máximo 30 puntos) permite clasificar a los pacientes en: estado nutricional satisfactorio (24 puntos), riesgo nutricional de malnutrición (entre 23,5 y 17 puntos) y con mal estado nutricional, es decir desnutrición a todos aquellos que se encuentren por debajo de 17 puntos.

### **1.3. Materiales de Verificación**

Fuente de recolección directa, entrevista al paciente.

Historias clínicas: Fuente primaria de información para la recolección de datos.

Material de escritorio.

Computadora.

Recursos humanos.

## **2 CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. Ubicación Espacial**

El estudio se llevó a cabo en los ambientes del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, es cual es un hospital nivel III del Ministerio de Salud, que se encuentra ubicado en la avenida del mismo nombre sin número, del cercado de la ciudad. El Hospital Goyeneche de Arequipa,

cumple un rol social y brinda una Atención Integral de Salud a la población de escasos recursos de la ciudad. Fue inaugurado el 11 de febrero de 1912, y sirve de referencia para la atención de enfermedades de alta complejidad para los departamentos del sur de país.

Se trabajó en los consultorios externos de Medicina Interna del hospital, donde diariamente se atienden las patologías más frecuentes de este grupo etario.

## **2.2. Unidades de Estudio**

Individuos: Pacientes adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

## **2.3. Población**

Se consideró como población de estudio a todos los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche para la atención de sus diversas dolencias.

Se consideró como muestra por conveniencia y accesibilidad a todos los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, durante todos los días del mes de abril a mayo del año en curso, considerando que la afluencia de pacientes es homogénea durante todos los meses del año. No se aplicará muestreo al tratarse de una muestra por conveniencia.

Se considerarán los siguientes criterios de selección:

### **23.1. Criterios de Selección**

#### **a. Criterios de Inclusión**

- Adultos mayores que acudan a consulta externa de Medicina Interna en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa durante los meses de abril a mayo del año 2025.

#### **b. Criterios de Exclusión**

- Adultos mayores que presenten déficit cognitivo o trastornos psiquiátricos que dificulten su comunicación.

- Adultos mayores con limitaciones físicas mayores (Osteoartritis severa, obesidad mórbida, déficit de movilidad como pacientes postrados, etc.) que impidan la bipedestación para la toma de peso y talla.
- Adultos mayores que tengan el diagnóstico de algún tipo de cáncer.
- Adultos mayores que no hayan otorgado su consentimiento informado.

## **2.4. Temporalidad**

El estudio se realizó durante los meses de abril y mayo del año 2025, donde se aplicaron los instrumentos de estudio a los adultos mayores buscan atención en los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche.

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. Organización**

Una vez que los jurados dictaminadores dieron su aprobación del proyecto de tesis, se solicitó una carta de presentación al Decano de la Facultad de Medicina Humana, la misma que fue presentada en la unidad de investigación y a la Dirección del Hospital Goyeneche para solicitar la autorización para desarrollar el estudio.

Una vez obtenida la autorización para la realización del presente estudio, se acudió a primera hora a los ambientes de consulta externa de Medicina Interna del Hospital Goyeneche donde se abordó a los pacientes adultos mayores mientras esperan su consulta, se les explicó de los alcances e importancia del presente estudio, y se procedió a solicitar su firma del consentimiento informado, luego de lo cual se procedió al llenado de los instrumentos, habilitando un lugar especial para realizar las medidas antropométrica necesarias para la variable riesgo nutricional, lo cual contamos con la ayuda de una balanza de pie, un tallímetro y un centímetro flexible.

Concluida la etapa de recolección de datos, se efectuó el vaciamiento de los datos a una hoja

de cálculo Excel para su posterior análisis estadístico y el informe final. Los resultados has sido presentados en tablas.



### 3.2. Recursos

#### 321. Humanos

- ❖ Los investigadores

#### 322. Institucionales

- ❖ Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- ❖ Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa.

#### 323. Materiales

- ❖ Instrumentos impresos para la recolección de datos.
- ❖ Material de escritorio.
- ❖ Computadora, software estadístico.
- ❖ Material para valoración antropométrica: Balanza de pie, Tallímetro, centímetro flexible.

#### 324. Financieros

- ❖ Recursos propios

#### 325. Sistematización de Datos

La información recopilada mediante las fichas de recolección de datos fue procesada meticulosamente utilizando Forms, luego se guardó la información en hoja de cálculo EXCEL para posteriormente procesar la información a través del software estadístico SPSS.

#### **Análisis de Datos:**

Se realizó análisis estadísticos descriptivos, de frecuencias e inferenciales utilizando el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 26.0.

Se utilizaron números y porcentajes para describir los datos cuantitativos. El rango (mínimo y máximo), el promedio y desviación estándar se utilizarán para describir los datos cuantitativos.

Se utilizará la prueba de Chi cuadrado de Pearson para la comparación de categorías de las variables cualitativas, con un error estadístico del 0,05.

### 326. Consideraciones Éticas

Toda labor investigativa debe desarrollarse respetando los principios éticos que salvaguardan la confidencialidad y el trato respetuoso de la información proporcionada por los participantes. En la presente investigación, se implementaron medidas rigurosas para proteger la privacidad de los datos, los cuales fueron tratados con carácter reservado y utilizados exclusivamente con propósitos académicos y científicos.

Se observaron las disposiciones éticas vigentes en el ámbito de la investigación en salud, garantizando que la recopilación y manipulación de la información se llevaran a cabo de manera responsable y conforme a las directrices de bioética y privacidad. Además, se procedió a la anonimización de los datos con el fin de impedir la identificación de los pacientes, lo que permitió adherirse a los principios fundamentales de beneficencia, autonomía y equidad propios de la investigación científica.



## **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

## 1. Características Generales

**Tabla 3: Sexo de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	57	77,0
Femenino	17	23,0
TOTAL	74	100,0

En la tabla 3 se realiza la distribución de los adultos mayores que acuden a consultorios externos del hospital Goyeneche según su sexo, en esta se describe que el mayor porcentaje de los pacientes atendidos en este consultorio pertenecieron al sexo masculino con un 77% con relación al sexo femenino 23%.

**Tabla 4: Edad de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
Edad en años	74	65	89	73,09	6,308
N válido (por lista)	74				

En una tabla 4 se describe la variable edad como dato cuantitativo de los adultos mayores que acuden a consultorio externo del Hospital Goyeneche. Se evidencia un promedio de edad de 73,09 años con un valor mínimo de 65 años y un valor máximo de 89. La desviación estándar con un valor de 6,308 muestra que la población se encuentra distribuida cercana a la media en su mayoría.

**Tabla 5: Grado de instrucción de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguno	2	2,7
Primaria	10	13,5
Secundaria	57	77,0
Superior	5	6,8
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 5 se describe grado instrucción de los adultos mayores que acudieron y fueron atendidos en consultorios externos del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. Se evidencia que el mayor porcentaje de los pacientes atendidos en este grupo de edad presentaban en su mayoría grado de instrucción de nivel secundario seguido de nivel primario; el menor porcentaje eran analfabetos es decir no contaban con ningún nivel de instrucción

**Tabla 6: Procedencia de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

	Frecuencia	Porcentaje
Arequipa	58	78,4
Cusco	5	6,8
Puno	8	10,8
Tacna	1	1,4
Moquegua	2	2,7
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 6 se describe la procedencia de los adultos mayores que acudieron a ser atendidos por consultorios externos del hospital Goyeneche. Se evidencia que gran mayoría el 784% de ellos procedían de la ciudad de Arequipa. La distribución dentro de las demás ciudades de procedencia fue similar con un ligero predominio de la ciudad de Puno como ciudad de procedencia.

**Tabla 7: Estado civil de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	55	74,3
Soltero	11	14,9
Viudo	4	5,4
Divorciado	4	5,4
TOTAL	74	100,0

En la tabla 7 se describe el Estado civil de los abusos mayores que acudieron a ser atendidos por consulta externa del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. En esta tabla se encuentra que la mayoría de estos pacientes presentaban como estado de civil casados seguido de El rango de solteros con igual proporción entre viudeos y divorciados.

## 2. Riesgo Nutricional de los Adultos Mayores

**Tabla 8: Riesgo nutricional de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Escala Mini Nutricional Assessment	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrido	8	10,8
Riesgo de desnutrición	33	44,6
Estado nutricional normal	33	44,6
TOTAL	74	100,0

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje MNA	74	10	30	22,38	4,329
N válido (por lista)	74				

En una tabla 8 se empieza a hacer la descripción de la variable dependiente del estudio, se analiza el riesgo nutricional de los adultos mayores que acudieron a consulta externa del Hospital Goyeneche de la ciudad Arequipa. La aplicación de la escala Mini Nutricional Assessment mostró el siguiente resultado: se encontró un bajo porcentaje de pacientes desnutridos; predominó el porcentaje entre adultos mayores con riesgo de desnutrición y estado nutricional normal, que fue similar con 46,6% para ambos grupos. Concomitantemente se presentan los estadísticos descriptivos del puntaje obtenido con la escala MNA, en esta se encuentra un promedio del puntaje de 22,38.

### 3. Calidad de Vida de los Adultos Mayores

**Tabla 9: Calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Encuesta FUMAT modificada	Frecuencia	Porcentaje
Baja calidad de vida	0	0,0
Mediana calidad de vida	16	21,6
Alta calidad de vida	58	78,4
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje FUMAT	74	32	64	48,31	5,892
N válido (por lista)	74				

En la tabla 9 se analiza los resultados del desarrollo de la variable independiente del estudio: Calidad de vida de los adultos mayores que acudieron a consulta externa del Hospital Goyeneche. En esta se encontró según la aplicación de la encuesta FUMAT modificada que no hubo pacientes que refirieron baja calidad de vida, la mayoría (78,4%) refirieron alta calidad de vida, mientras que el 21,6% se encontró con mediana calidad de vida.

Análisis de las estadísticas descriptivos del puntaje obtenido en la encuesta FUMAT modificada se encontró en promedio de puntaje de 48,31%.

**Tabla 10: Dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Dimensiones	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Bienestar Físico	74	7	17	11,86	2,528
Bienestar Emocional	74	7	17	11,82	2,089
Bienestar Social	74	9	19	14,65	2,556
Bienestar Económico	74	6	17	9,97	2,287
N válido (por lista)	74				

En la tabla 10 se hace un análisis de las dimensiones de la encuesta FUMAT modificada para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores que acudieron a consulta externa del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. Se describe el puntaje promedio obtenido en cada dimensión, así se encuentra que los puntajes en cada dimensión fueron similares pero el mayor puntaje referido se evidenció en la dimensión de Bienestar Social mientras que el menor porcentaje se encontró en la dimensión de Bienestar Económico.

#### 4. Relación entre Calidad de Vida y Riesgo Nutricional

**Tabla 11: Estado Nutricional según la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Calidad de vida		Estado nutricional			Total
		Desnutrido	Riesgo de desnutrición	Estado nutricional normal	
Baja	Recuento	0	0	0	0
	% del total	0,0	0,0	0,0	0,0
Mediana	Recuento	2	7	7	16
	% del total	2,7%	9,5%	9,5%	21,6%
Alta	Recuento	6	26	26	58
	% del total	8,1%	35,1%	35,1%	78,4%
Total	Recuento	8	33	33	74
	% del total	10,8%	44,6%	44,6%	100,0%

*Chi cuadrado = 0,060*

*Grados de libertad = 4*

*p = 0,970*

En la Tabla 11 se realiza la estadística inferencial buscando la relación entre nuestras variables de estudio: el Estado Nutricional y la Calidad de Vida los adultos mayores atendidos por consulta externa del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. Se evidencia una distribución homogénea de los datos de calidad de vida alta y mediana encontrados en los diferentes grupos de Estado Nutricional. Tras la aplicación de la prueba estadística de *chi cuadrado* se encontró una *significancia de 0,970* lo que indica que ambas variables no están relacionadas.

**Tabla 12: Estado Nutricional según el sexo de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Sexo		Estado nutricional			Total
		Desnutrido	Riesgo de desnutrición	Estado nutricional normal	
Masculino	Recuento	5	26	26	57
	% del total	6,8%	35,1%	35,1%	77,0%
Femenino	Recuento	3	7	7	17
	% del total	4,1%	9,5%	9,5%	23,0%
Total	Recuento	8	33	33	74
	% del total	10,8%	44,6%	44,6%	100,0%

*Chi cuadrado = 1,070*

*Grados de libertad = 2*

*p = 0,586*

En la tabla 12 se realiza un cruce de información de la variable sexo con el estado nutricional de los adultos mayores atendidos por la consulta externa del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. La distribución por la variable sexo en los grupos de Estado nutricional fue homogénea, la aplicación de la prueba estadística de *Chi cuadrado* mostró que esta relación no es significativa, por lo que se puede afirmar que no existe relación entre variables.

**Tabla 13: Estado Nutricional según la edad de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Estado nutricional	Edad en años		
	Media	N	Desv. Desviación
Desnutrido	73,75	8	3,454
Riesgo de desnutrición	72,91	33	7,126
Estado nutricional normal	73,12	33	6,102
Total	73,09	74	6,308

*ANOVA = 4,595*

*Grados de libertad = 2*

*p = 0,945*

En la tabla 13 se realiza el cruce de información entre el estado nutricional de los adultos mayores atendidos por consulta externa en el hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa según la edad como dato cuantitativo, se evidencia que los promedios de edad en todos los grupos son similares; al aplicar la prueba estadística de *T de Student* se muestra que esta diferencia no es significativa con un valor *p* de 0,945 lo que indica que no existe relación entre estas variables.

**Tabla 14: Estado Nutricional según el grado de instrucción de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Grado de instrucción		Estado nutricional			Total
		Desnutrido	Riesgo de desnutrición	Estado nutricional normal	
Ninguno	Recuento	1	0	1	2
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%	2,7%
Primaria	Recuento	0	5	5	10
	% del total	0,0%	6,8%	6,8%	13,5%
Secundaria	Recuento	7	26	24	57
	% del total	9,5%	35,1%	32,4%	77,0%
Superior	Recuento	0	2	3	5
	% del total	0,0%	2,7%	4,1%	6,8%
Total	Recuento	8	33	33	74
	% del total	10,8%	44,6%	44,6%	100,0%

*Chi cuadrado = 5,995      Grados de libertad = 6      p = 0,424*

La tabla 14 se muestra el cruce de información del Estado nutricional de los adultos mayores que acudieron a consulta externa del hospital Goyeneche con la variable de grado de instrucción. en la tabla los valores se encuentran homogéneamente distribuidos en los grupos de Estado Nutricional. La prueba estadística aplicada fue la de *Chi cuadrado* que mostró un valor *p* de 0,424 lo que indica que no existe relación entre ambas variables.

**Tabla 15: Estado Nutricional según la procedencia de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Procedencia		Estado nutricional			Total
		Desnutrido	Riesgo de desnutrición	Estado nutricional normal	
Arequipa	Recuento	5	25	28	58
	% del total	6,8%	33,8%	37,8%	78,4%
Cusco	Recuento	2	3	0	5
	% del total	2,7%	4,1%	0,0%	6,8%
Puno	Recuento	1	2	5	8
	% del total	1,4%	2,7%	6,8%	10,8%
Tacna	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
Moquegua	Recuento	0	2	0	2
	% del total	0,0%	2,7%	0,0%	2,7%
Total	Recuento	8	33	33	74
	% del total	10,8%	44,6%	44,6%	100,0%

*Chi cuadrado = 11,090*

*Grados de libertad = 8*

*p = 0,155*

En la tabla 15 se realiza el cruce de información del Estado Nutricional de los adultos mayores que acudieron a consulta externa del hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa según la ciudad de procedencia, se evidencia una distribución homogénea de la variable procedencia en los grupos de desnutrido riesgo de desnutrición y estaba nutricional normal. Al aplicar la prueba estadística de *chi cuadrado* se encontró un valor *p* de 0,155. Este resultado indica que no existe relación entre ambas variables

**Tabla 16: Estado Nutricional según el estado civil de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche**

Estado civil		Estado nutricional			Total
		Desnutrido	Riesgo de desnutrición	Estado nutricional normal	
Casado	Recuento	4	28	23	55
	% del total	5,4%	37,8%	31,1%	74,3%
Soltero	Recuento	2	5	4	11
	% del total	2,7%	6,8%	5,4%	14,9%
Viudo	Recuento	0	0	4	4
	% del total	0,0%	0,0%	5,4%	5,4%
Divorciado	Recuento	2	0	2	4
	% del total	2,7%	0,0%	2,7%	5,4%
Total	Recuento	8	33	33	74
	% del total	10,8%	44,6%	44,6%	100,0%

*Chi cuadrado = 14,4080*

*Grados de libertad = 6*

*p = 0,025*

Finalmente, una tabla 16 se realiza el cruce de información del Estado Nutricional de los adultos mayores atendidos por consultorio externo del hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. Respecto a su estado civil, en esta se observa que el riesgo nutricional es mayor en el grupo de casados, respecto a las demás categorías. Esta observación se contrastó con la prueba de *chi cuadrado* en la que se encontró un valor *p* de 0,025. Esto indica que sí existe relación entre el estado civil y el Estado Nutricional de los mayores pesquisados.

## DISCUSIÓN

Los resultados sociodemográficos del estudio evidencian que la mayoría de los adultos mayores atendidos en el consultorio externo de Medicina Interna del Hospital Goyeneche fueron hombres, con una edad promedio de 73,09 años, nivel de instrucción secundaria, estado civil casado y procedencia urbana (Arequipa). Esta caracterización coincide con estudios previos realizados en el contexto peruano, donde se ha observado que los adultos mayores varones tienden a acudir con mayor frecuencia a servicios especializados, posiblemente por una mayor conciencia de salud o por condiciones crónicas que requieren seguimiento médico regular (26).

La edad promedio encontrada es coherente con investigaciones similares que reportan rangos entre 72 y 74 años como representativos de la población geriátrica atendida en centros de salud peruanos (26). Este dato es relevante, ya que coincide con el umbral de vulnerabilidad funcional y social que suele manifestarse en esta etapa de la vida.

Respecto al nivel educativo, el predominio de la instrucción secundaria refleja una transición generacional en el acceso a la educación en Perú. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 27,4% de los adultos mayores alcanzan este nivel educativo, lo que influye directamente en su capacidad de comprensión de indicaciones médicas y en su autonomía para el autocuidado (27).

La procedencia urbana, especialmente de la ciudad de Arequipa, puede estar relacionada con la mayor disponibilidad de servicios especializados en salud en zonas urbanas, así como con la concentración demográfica de adultos mayores en estas áreas. Finalmente, el estado civil predominante (casado) se asocia con mejores indicadores de apoyo social y emocional, factores que han demostrado tener impacto positivo en la percepción de calidad de vida en adultos mayores (26).

Respecto a la variable de riesgo nutricional en adultos mayores, los resultados obtenidos mediante la escala *Mini Nutritional Assessment (MNA)* revelaron que el 10,8% de los adultos mayores evaluados en el consultorio externo de Medicina Interna del Hospital Goyeneche presentan desnutrición, mientras que el 44,6% se encuentran en riesgo de desnutrición y otro 44,6% mantienen un estado nutricional normal. Esta distribución refleja una situación preocupante, ya que más de la mitad de los adultos mayores (55,4%) presentan algún grado de vulnerabilidad nutricional.

Estos hallazgos son consistentes con estudios realizados en población geriátrica peruana, donde se ha reportado que entre el 30% y el 60% de los adultos mayores presentan riesgo nutricional o desnutrición, especialmente en contextos ambulatorios o institucionalizados (28, 29). El MNA ha demostrado ser una herramienta confiable para detectar precozmente estos estados, permitiendo intervenciones oportunas que pueden mejorar la calidad de vida y reducir complicaciones clínicas (30).

La presencia de riesgo nutricional en una proporción tan significativa puede estar asociada a factores como la polifarmacia, enfermedades crónicas, disminución del apetito, aislamiento social y bajo nivel socioeconómico. Además, estudios realizados en Arequipa han identificado que la edad avanzada, las patologías previas y el riesgo social son factores determinantes en el deterioro nutricional de adultos mayores autónomos (30).

Cabe destacar que, aunque el porcentaje de desnutrición franca es relativamente bajo, el riesgo de desnutrición representa una alerta clínica que no debe ser subestimada. La intervención temprana en esta etapa puede prevenir el deterioro funcional, la pérdida de masa muscular y el aumento de la morbilidad.

Respecto a la variable calidad de vida, los resultados muestran que el 78,4% de los adultos mayores atendidos en el consultorio externo de Medicina Interna del Hospital Goyeneche reportaron una alta calidad de vida, mientras que el 21,6% indicaron una calidad de vida mediana y ninguno refirió una calidad de vida baja. Esta distribución es alentadora y sugiere que, en este contexto, los adultos mayores perciben un nivel elevado de bienestar general.

Estos hallazgos coinciden con estudios recientes realizados en Perú y Latinoamérica, donde se ha observado que los adultos mayores que mantienen vínculos sociales activos, acceso a servicios de salud y autonomía funcional tienden a reportar niveles altos de calidad de vida. En particular, el bienestar emocional y social han sido identificados como factores protectores clave en la percepción positiva del envejecimiento (31).

La aplicación de la *Encuesta FUMAT modificada* permite una evaluación multidimensional que incluye aspectos como bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social (26). La alta proporción de adultos mayores con buena calidad de vida podría estar relacionada con el acceso regular a servicios geriátricos, el acompañamiento familiar y la estabilidad emocional, factores que han demostrado tener impacto positivo en estudios recientes (30).

Por otro lado, el 21,6% que reportó una calidad de vida mediana podría representar una población en transición, susceptible a factores como enfermedades crónicas, limitaciones económicas o aislamiento social. Aunque no se registraron casos de baja calidad de vida, es importante considerar que esta ausencia podría estar influenciada por sesgos de percepción o por el perfil de los adultos mayores que acuden voluntariamente a consulta externa. En suma, los resultados refuerzan la importancia de mantener intervenciones integrales que promuevan el envejecimiento activo, el fortalecimiento de redes de apoyo y el acceso equitativo a servicios de salud, como estrategias para preservar y mejorar la calidad de vida en esta población.

Los datos de la Tabla 11 muestran que los adultos mayores con alta calidad de vida presentan mayor frecuencia de estado nutricional normal (35,1%) y también de riesgo de desnutrición (35,1%), mientras que un pequeño grupo (8,1%) se encuentra en condición de desnutrición. En contraste, quienes reportan mediana calidad de vida tienen proporciones más bajas en todas las categorías nutricionales, y no se registraron casos de baja calidad de vida.

Este valor  $p$ , al ser considerablemente superior al umbral de significancia común ( $p < 0,05$ ), indica que las diferencias observadas en la tabla podrían deberse al azar y no a una relación causal o asociativa entre el estado nutricional y la calidad de vida. Este hallazgo coincide con lo reportado en estudios recientes donde, si bien se ha detectado cierta correlación entre aspectos nutricionales y bienestar percibido, dicha relación puede verse diluida por otros factores como el soporte emocional, la funcionalidad física, o el nivel educativo.

Estos resultados sugieren que, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa en el estudio, existe una tendencia observable: Los adultos mayores con mejor percepción de calidad de vida tienden a presentar mejores condiciones nutricionales. Esta asociación ha sido respaldada por investigaciones recientes que destacan cómo el estado nutricional influye directamente en la funcionalidad, el bienestar emocional y la percepción de salud en adultos mayores (1).

Una revisión sistemática publicada en 2024 identificó que la malnutrición está estrechamente vinculada con la aparición de comorbilidades como diabetes, osteoartritis y deterioro cognitivo, lo que repercute negativamente en la calidad de vida (1). Asimismo, estudios realizados en Perú han demostrado que los adultos mayores con estado nutricional normal reportan mayores niveles de autonomía y satisfacción personal. Investigaciones como la de Tenorio-Mucha et al. (2021) y Cárdenas-Quintana et al. (2022) han destacado que el bienestar subjetivo en adultos

mayores está influido por múltiples dimensiones sociales y psicológicas, lo que podría explicar por qué personas con estado nutricional vulnerable aún reportan alta calidad de vida (26,30).

Por otro lado, el hecho de que un porcentaje considerable de adultos mayores con alta calidad de vida se encuentre en riesgo de desnutrición (35,1%) indica que la percepción subjetiva del bienestar no siempre refleja el estado nutricional real. Esto puede deberse a factores como el apoyo familiar, la participación social o el acceso a servicios de salud, que compensan parcialmente las deficiencias nutricionales (33).

En suma, los resultados refuerzan la necesidad de evaluaciones integrales que consideren tanto indicadores objetivos como subjetivos para diseñar intervenciones efectivas en adultos mayores. La calidad de vida y el estado nutricional deben abordarse de manera conjunta, especialmente en contextos ambulatorios donde la prevención es clave.

## CONCLUSIONES

1. Los adultos mayores atendidos por consultorio externo de Medicina Interna del Hospital Goyeneche en su mayoría pertenecían al sexo masculino, con una edad promedio en general de 73,09 años; el grado de instrucción predominante fue el nivel secundario, mientras que la mayoría procedían de la ciudad de Arequipa y el estado civil predominante fue el casado.
2. Todos de los adultos mayores atendidos por consultorio externo de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, a través de la encuesta FUMAT, fueron identificados con una calidad de vida alta seguido de mediana calidad de vida. En ninguno de ellos encontró una baja calidad. Si encontró además que la dimensión mejor valorada fue la de Bienestar Social, mientras que la dimensión menos puntuada fue la de Bienestar Económico.
3. El estado nutricional encontrado en los adultos mayores atendidos por consultorio externo de Medicina Interna del Hospital Goyeneche demostró que el menor porcentaje (10.8 %) se encontraban en estado desnutrido, seguido en porcentajes iguales de riesgo de desnutrición (44.6 %) y estado nutricional normal (44.6%).
4. No se encontró relación entre el Estado Nutricional y la Calidad de Vida de los adultos mayores que fueron atendidos por consultorio externo de Medicina Interna del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el bienestar económico, implementar programas sociales o estrategias de subsidios dirigidos a adultos mayores con dificultades económicas, dado que esta fue la dimensión más baja en la evaluación de calidad de vida.
2. Promover educación alimentaria preventiva. A pesar de que no se halló correlación entre calidad de vida y estado nutricional, es clave reforzar hábitos alimentarios saludables para prevenir futuros riesgos nutricionales.
3. Desarrollar intervenciones comunitarias en bienestar social. Aprovechar que el bienestar social fue la dimensión mejor valorada para crear espacios de socialización y apoyo emocional que sostengan y potencien este aspecto.
4. Realizar estudios longitudinales. Para profundizar la comprensión de la relación entre nutrición y calidad de vida, se sugiere llevar a cabo investigaciones con seguimiento temporal que puedan revelar variaciones causales.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) Angulo AA, Rodríguez D, García MA. Estado nutricional y calidad de vida del adulto mayor: revisión sistemática. Rev Gregoriana Cienc Salud. 2024;1(2):165–77. Disponible en: <https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i1.3149>
- 2) Ortiz P. Nutrición. En: Varela L, editor. Principios de Geriátría y Gerontología. 2ª ed. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. p. 501–11.
- 3) Larriba T, Benito E, Peón I, et al. Estudio de la malnutrición en personas mayores de 65 años: revisión sistemática. Rev Sanitaria Investig. 2022;1(1):1–12.
- 4) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor: Octubre-noviembre-diciembre 2023. Informa técnico, Nro. 1 – marzo 2024. Gobierno del Perú [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5401697-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-oktubre-noviembre-diciembre-2023>
- 5) Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Centro de Prensa, 1 de octubre del 2024. Citado 15 de octubre, 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Entre%20las%20afecciones%20m%C3%A1s%20comunes,la%20depresi%C3%B3n%20y%20la%20demencia>.
- 6) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor: julio-agosto-setiembre, 2021. Lima, Perú. 2021 [citado el 10 octubre 2024]. Disponible <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-yadulto-mayor/1/>
- 7) Organización Panamericana de la Salud. Datos y visualizaciones 2019. <https://www.paho.org/es/datos-visualizaciones>
- 8) Salinas-Rodríguez Aarón, Cruz-Góngora Vanessa De la, Manrique-Espinoza Betty. Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en

- México. Salud pública México [revista en la Internet]. 2020 dic [citado 2024 Oct 13]; 62(6): 777-785. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/11840>.
- 9) Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica 2016; 33(2): 199-201.
- 10) Bardon, L.A., Streicher, M., Corish, CA, Clarke, M., Power, LC, Kenny, RA. Predictores de incidencia de desnutrición en adultos mayores irlandeses del estudio longitudinal irlandés sobre cohorte de envejecimiento: un estudio de MaNuEL. 2020. Las Revistas de Gerontología: Serie A, 75 (2), 249-256.
- 11) Fonseca, S., Carvalho, S., Afonso, C., Santos, M. Evaluación del riesgo nutricional en ancianos institucionalizados en una Institución Privada de Solidaridad Social del municipio de Vila Real, Portugal. 2022. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, 42(2), 89-97. Disponible en: <https://doi.org/10.12873/422fonseca>
- 12) Wanden-Berghe, C. Evaluación nutricional en mayores. 2022. Hospital a domicilio, 6(3), 121-134. Disponible en: <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i3.171>
- 13) J. Aranceta Bartrina, I. Artaza Artabe, W. Astudillo Alarcón, T. Barrallo Calonge, J. Benítez Rivero, J. C. Caballero García, et al. Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Ergón. 2011. 1ª ed. 54. L. Guardado Fuentes, I. Carmona Álvarez, F. Cuesta Triana. Nutrición y enfermedades metabólicas en el anciano. Estrategias alimentarias. Medicine. 2014; 11(62): 3691-3704.
- 14) Forero-Ballesteros LC, Forero-Torres AY. Concordancia entre criterios de clasificación nutricional en adultos mayores, Colombia. Univ. Salud. [Internet] 2022; [Citado 2024 octubre 23] 24(2):124-134. Disponible en: <https://doi.org/10.22267/rus.222402.266>
- 15) Andrade Sánchez, C. K., Parra coronel, D. E. Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores entre 65 a 75 años de edad atendidos en el nivel primario del centro de salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022. [Tesis de grado]. Universidad de Cuenca.

- Repositorio Institucional - U Cuenca. Citado 2024 oct. 20. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/39392/1/Trabajo%20de%20titulacio%C%81n.pdf>
- 16) García de Lorenzo y Mateos A., Álvarez J., De Man F. Envejecimiento y desnutrición: un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Aug [cited 2022 Feb 14]; 27(4): 1060-1064. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112012000400013&lng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112012000400013&lng=en)n. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5979>.
- 17) García L, Quevedo N, Maritza M, Burón R. Estado nutricional en adultos mayores y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Electrónica Medimay 2021 Oct-Dic; 28(4). Citado 20 de octubre, 2024. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2021/cmh214f.pdf>
- 18) Velasco E, Velásquez C. Riesgo nutricional y hábitos alimentarios en adultos mayores del centro de atención integral para grupos prioritarios, Ibarra 2023. enfermería [Internet]. 2023 Dec. 18 [cited 2024 Nov. 1]; (13):91-104. Disponible en: <https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/1232>
- 19) Bernui I, Delgado – Perez D. Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. An. Fac. med. vol.82 no.4 Lima oct/dic 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v82i4.20799>
- 20) Miranda López Y. Vulnerabilidad alimentaria y riesgo nutricional en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, Lima. Repositorio institucional de la Universidad Mayor de San Marcos, 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/17830>
- 21) Muñoz, B. Validación en español del cuestionario Mini Nutritional Assessment(MNA) para la valoración del estado nutricional de pacientes mayores de 65 años [Tesisdoctoral].

2021. Universidad de Córdova. Disponible en:  
<https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/21493>
- 22) Cárdenas-Quintana H, Machaca-Hilasaca M, Roldán-Arbieto L, Muñoz Del Carpio Toia Águeda, Figueroa Del Carpio V. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos de la ciudad de Arequipa, Perú. Nutr Clín Diet Hosp [Internet]. 22 de abril de 2022 [citado 11 de octubre de 2024];42(01). Disponible en:  
<https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/242>
- 23) Calderón Ramos L, Vargas Cari, L. Hábitos alimenticios relacionado al estado nutricional del adulto mayor en tiempo de covid-19 en el Centro de Salud Generalísimo San Martín, Arequipa 2021. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. Disponible en: URI:  
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/69514>
- 24) Aucasime C. Calidad de vida y riesgo nutricional en adultos mayores de un Centro Municipal, Chorrillos- Lima [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela 4 de Nutrición; 2023.
- 25) Sacsi Sarmiento T. Estado nutricional y deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten al consultorio de geriatría del hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, abril 2023. Tesis de grado, facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín. Citado octubre 25 octubre 2024. Disponible en:  
<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c5991b17-3ea9-4cab-85b4-160589682f74/content>
- 26) Tenorio-Mucha J, Romero-Albino Z, Roncal-Vidal V, Cuba-Fuentes M. Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2021;14(Sup1):41–8. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1165>

- 27) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores del adulto mayor. Informe técnico. Lima: INEI; 2022. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2022.pdf>
- 28) Bernui I, Delgado-Pérez D. Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. *An Fac med.* 2021;82(4):261–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v82n4/1025-5583-afm-82-04-00261.pdf>
- 29) Chavesta Puicón C, Chiroque Ramírez F, Chunga Torres T, et al. Estado nutricional del adulto mayor según el Mini Nutritional Assessment del Asilo Hogar San José de Chiclayo. *Horizonte Médico.* 2009;9(1):19–23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3716/371637373006.pdf>
- 30) Cárdenas-Quintana H, Machaca-Hilasaca M, Roldán-Arbieta L, et al. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos de la ciudad de Arequipa, Perú. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2022;42(1). DOI: <https://doi.org/10.12873/421cardenas>
- 31) Meza Paredes JV, Insaurralde Alviso A, Alviso D. Modelo matemático para estimar el índice de calidad de vida en adultos mayores usando la encuesta FUMAT. *Mem Inst Investig Cienc Salud.* 2021;19(3):44–53. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592008000200007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200007)
- 32) Gutiérrez JC, Montoya NJ. Calidad de vida y estado nutricional en adultos mayores atendidos en la casa de reposo Corazón Puro, Comas – 2023. Repositorio UCV. 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/130430>



Anexo 01: Dictamen Comité de Ética de Investigación

**COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM**



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION  
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

Arequipa, 24 de julio de 2025

Investigadores      Luza Mejía, John Franco  
                                 Villanueva Álvarez, AdriánTressor

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

**TÍTULO:** "Calidad de vida relacionada al riesgo nutricional en adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, 2025".

**Investigadores:** Luza Mejía, John Franco y Villanueva Álvarez, AdriánTressor.

**TIPO Y DISEÑO:** Cualitativo, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, de campo, no experimental.

**OBJETIVO:** La investigación tiene como objetivo: Establecer si existe relación entre la calidad de vida y el riesgo nutricional de los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche.

**PROCEDIMIENTOS:** Cuestionario sobre calidad de vida según encuesta FUMAT modificado, Mini Nutricional Assessment (MNA).



## COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



### **DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

#### **SUJETOS DE ESTUDIO:**

Pacientes adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

#### **RIESGO DEL ESTUDIO:**

Mínimo.

#### **OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:**

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

#### **DICTAMEN:**

***DICTAMEN FAVORABLE 250 – 2025 CIEI-UCSM***



#### **VIGENCIA:**

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 24 de julio del 2026.



**Agueda Muñoz Del Carpio Toia**  
**Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM**

Cualquier duda comunicarse a: [comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com](mailto:comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com)

**Anexo 02: Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_  
declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL RIESGO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE. 2025.” Este es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la Universidad Católica de Santa María de la ciudad de Arequipa y el financiamiento de los investigadores.

Entiendo que este estudio busca “Existe relación entre la calidad de vida y el riesgo nutricional en los adultos mayores que acuden a los consultorios externos de Medicina Interna del hospital Goyeneche” y sé que mi participación se llevará a cabo dicho establecimiento de salud, y consistirá en responder una encuesta de forma directa y dirigida que demorará alrededor de 10 minutos, se me hará una pequeña revisión donde se indagará acerca de mi peso, mi talla, perímetro braquial y perímetro de pantorrilla.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma participante

DNI:

**Anexo 03: Cuestionario sobre calidad de vida según encuesta FUMAT modificado del adulto mayor que se atienden en consulta externa de Medicina Interna del hospital Goyeneche de Arequipa - 2025”**

Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Procedencia: Arequipa ( ) Cusco ( ) Puno ( ) Moquegua ( ) Tacna ( ) Otro ( )

Grado de instrucción: Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

Estado civil: Casado ( ) Soltero ( ) Viudo ( ) Divorciado ( )

1. Peso (kg): \_\_\_\_\_ 2. Talla (cm): \_\_\_\_\_

3. Perímetro braquial: \_\_\_\_\_ 4. Perímetro pantorrilla: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Estimado paciente a continuación encontrará situaciones que pueden ocurrir su vida diaria en relación a aspectos personales y de su entorno. Indique con una X con qué frecuencia que considere más apropiada.

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>				
Tiene acceso a la asistencia sanitaria que necesita				
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales				
Tiene problemas de sueño				
Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, etc.)				
Tiene dificultad para seguir una conversación porque no escucha bien				
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>				
Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe				

Se muestra satisfecho consigo mismo				
Se siente usted triste o deprimido				
Tiene problemas de comportamiento				
Se muestra intranquilo o nervioso				
<b>RELACIONES SOCIALES</b>				
Realiza actividades que le gustan con otras personas				
Mantiene una buena relación con sus compañeros del Centro Municipal al que acude				
Mantiene una buena relación con el personal del Centro Municipal al que acude				
Mantiene una buena relación con su familia				
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él				
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>				
El Centro Municipal al que acude tiene fácil acceso a sus diferentes áreas				
El Centro Municipal al que acude cumple con las normas de seguridad (señalización adecuada de salidas, zonas seguras, extintores, etc.)				
Se siente usted satisfecho de haberse jubilado				
Dispone de las cosas materiales que necesita				
Sus ingresos le permiten cubrir sus necesidades básicas				

**Anexo 04: Mini Nutritional Assessment (MNA)**

**CRIBAJ E**

**A. ¿Ha perdido el apetito?, ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación, deglución en los últimos 3 meses?**

- 0 = Pérdida severa del apetito
- 1 = Pérdida moderada del apetito
- 2 = Sin pérdida del apetito

**J. ¿Cuántas comidas completas toma al día?**

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

**B. Pérdida reciente de peso (<3 meses)**

- 0 = Pérdida de peso >3kg
- 1 = No lo sabe
- 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg
- 3 = No ha habido pérdida de peso

**K. Consumo el paciente:**

- Productos lácteos al menos 1 vez al día
- Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana
- Carnes, pescado o aves diariamente

- 0.0 = 0 o 1
- 0.5 = 2
- 1.0 = 3

**C. Movilidad**

- 0 = De la cama al sillón
- 1 = Autonomía en el interior
- 2 = Sale del domicilio

**D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?**

- 0 = Sí
- 2 = No

**L. ¿Consume frutas o verduras al menos**

- 2 veces al día?
- 0 = No
- 1 = Sí

**E. Problemas neurológicos**

- 0 = Demencia o depresión grave
- 1 = Demencia o depresión moderada
- 2 = Sin problemas psicológicos

**M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)**

- 0 = < de 3 vasos
- 0.5 = de 3 a 5 vasos
- 1 = más de 5 vasos

**F. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)<sup>2</sup>**

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 ≤ IMC < 21

**N. Forma de alimentación**

- 0 = Necesita ayuda
- 1 = Se alimenta solo con dificultad
- 2 = Se alimenta solo sin dificultad

2 =  $21 \leq \text{IMC} < 23$

3 =  $\text{IMC} \geq 23$

**Evaluación del cribaje**

12 – 14 puntos:	Estado nutricional normal
8 a 11 puntos:	Riesgo de malnutrición
0 – 7 puntos	Malnutrición

**EVALUACIÓN**

**G. El paciente vive independiente en su domicilio**

0 = No

1 = Sí

**H. Toma más de tres medicamentos**

0 = Sí

1 = No

**I. Ulceras o Lesiones cutáneas**

0 = Sí

1 = No

**O. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido?**

0 = malnutrición severa

1 = no sabe / malnutrición moderada

2 = sin problemas

**P. En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud?**

0.0 = Peor

0.5 = No lo sabe

1.0 = Igual

2.0 = Mejor

**Q. Circunferencia braquial (en cm)**

0.0 =  $\text{CB} < 21$

0.5 =  $21 \leq \text{CB} \leq 22$

1.0 =  $\text{CB} > 22$

**R. Circunferencia de la pantorrilla (en cm)**

0 =  $\text{CP} < 31$

1 =  $\text{CP} \geq 31$

- Evaluación cribaje  
(máximo 16 puntos)

- Evaluación global  
(máximo 30 puntos)

**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

De 24 a 30 puntos	Estado nutricional normal
De 17 a 23,5 puntos	Riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos	Malnutrición