

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN

COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS



TEMA:

**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA MALNUTRICIÓN
EN EL ADULTO MAYOR. PROVINCIA DE ICA, 2015**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. RODRÍGUEZ CHACALTANA, WILLMER FRANCISCO

ASESOR:

MG. MEJÍA VARGAS, ELVIA

ICA - PERÚ

2015

TEMA:

**“CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA MALNUTRICIÓN
EN EL ADULTO MAYOR. PROVINCIA DE ICA, 2015”**

ASESOR:

MG. MEJÍA VARGAS, ELVIA

JURADO EVALUADOR:

DR. FRANCO SOTO, MARIO LUIS	PRESIDENTE
DR. HERNÁNDEZ ANCHANTE, JOSÉ	MIEMBRO
DRA. MENDOZA MARTÍNEZ, ISABEL	MIEMBRO
DRA. SAAVEDRA ESCOBAR, SONIA	SUPLENTE

DEDICADO:

A quienes con mucho amor me dieron la vida; a quien hoy acompaña mis días y a quien me da fuerzas para levantarme en cada caída y me da la luz de cada amanecer.

AGRADECIMIENTO:

A mi valiente asesora, la Dra. Elvia Mejía Vargas, por su paciencia y dedicación.

ÍNDICE

CONT.	PÁG.
ÍNDICE	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
MATERIAL Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	49

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y la malnutrición del adulto mayor en la provincia de Ica en el año 2015. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en una población de 29 937 adultos mayores de la provincia de Ica. La muestra estuvo conformada por 138 adultos mayores (60 a más años de edad) que aceptaron participar del estudio mediante consentimiento informado. Se usaron; la encuesta WHOQOL-OLD y el *Mini Nutritional Assessment* para valorar la calidad de vida y el estado nutricional, respectivamente. **Resultados:** El puntaje total no ponderado obtenido a través del instrumento *WHOQOL-OLD* fue 87,0 o menos en el 50% de los adultos mayores. Cuando los adultos mayores presentaron malnutrición el puntaje fue $68,63 \pm 3,40$, cuando hubo riesgo de malnutrición fue $82,15 \pm 1,34$ y $90,08 \pm 1,32$ en presencia de nutrición satisfactoria ($p=0,000$). **Conclusiones:** La calidad de vida del adulto mayor está relacionada con el estado nutricional. En presencia de malnutrición existe menor calidad de vida global y en sus dominios: funcionamiento del sensorio, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, intimidad. **Palabras clave:** CALIDAD DE VIDA – ADULTO MAYOR – MALNUTRICIÓN.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between quality of life and malnutrition of the elderly in the province of Ica in 2015. **Materials and Methods:** An observational, descriptive and prospective study was conducted in a population of 29 937 older adults from the province of Ica. The sample consisted of 138 older adults (60 years and older) who agreed to participate in the study with informed consent. The *WHOQOL-OLD* and *Mini Nutritional Assessment* survey to assess the quality of life and nutritional status, respectively, were used. **Results:** The unweighted total score obtained through the instrument WHOQOL-OLD was 87.0 or less in 50% of seniors. When older adults showed malnutrition score was 68.63 ± 3.40 , it was 82.15 ± 1.34 when there was risk of malnutrition and 90.08 ± 1.32 in the presence of satisfactory nutrition ($p=0.000$). **Conclusions:** The quality of life of the elderly is related to nutritional status. In the presence of malnutrition there is less overall quality of life and in its domains: sensory functioning, autonomy, past, present and future activities, social participation, privacy. **Keywords:** QUALITY OF LIFE - ELDERLY - MALNUTRITION.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS han definido el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual que está en proceso de cambio permanente. Definen, además, a un adulto mayor funcionalmente sano como aquella persona que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal¹. Sin embargo, la connotación de adulto mayor es variada y puede ser de respeto, sabiduría, dependencia, afecto, admiración o culpa, cambiando según el contexto, el país, la religión, el sistema sociopolítico, entre otros, y estas se manifiestan en los cuidados y el trato que se le otorgan².

A nivel mundial, la población adulta mayor aumenta 2% cada año. Se calcula que en el planeta viven más de 600 millones de personas mayores de 60 años y que en el año 2025 este número se duplicará llegando -en el 2050- a 2000 millones³. En América Latina y El Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En 1950 solo el 5,4% de la población tenía 60 años o más, en el año 2002 se estimó en 8%, mientras que para el 2025 se estima que 12,8% de la población esté en este grupo y para el año 2050 el 22%. De esta manera, en un siglo, el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará⁴.

Actualmente, nuestro país -al igual que la mayoría de los países occidentales- está experimentado un proceso de envejecimiento progresivo debido, principalmente, a la disminución de la natalidad y al aumento de la longevidad^{5,6}. Tenemos una tasa de envejecimiento acelerado que se

desarrolla en un contexto social particular, con una transición epidemiológica que muestra un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. En el año 2012 la población peruana proyectada ascendía a aproximadamente 30 millones de habitantes, siendo los adultos mayores el 9,2% de ella. La velocidad con que crece este grupo poblacional duplica el ritmo de crecimiento de la población total, estimándose que para el año 2025, la población adulta mayor alcanzará casi cuatro millones y medio de habitantes y para el año 2050 serán alrededor de 9 millones^{7,8,9}.

Si bien la mayor longevidad de las personas ha sido uno de los logros más importantes de la humanidad, como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos, no se ha conseguido que las personas de edad continúen siendo ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, y que -al igual que cualquier otro grupo poblacional- merezcan ser objeto de intervenciones específicas que les garanticen una vida digna y segura (CEPAL 2005). Dentro de estas garantías está el acceso a condiciones de vida que permitan gozar del más alto nivel de salud y de nutrición posible en esta etapa del ciclo vital¹⁰.

Tradicionalmente, la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. A esto se sumaba el vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la OMS¹¹. Pero a partir de los años setenta, el estudio de la calidad de vida, desde una perspectiva biomédica, psicológica y

social, comienza a hacerse más sistemático y relevante en el mundo académico¹².

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo que le otorga a éste, cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo¹. Este concepto de "calidad de vida" ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos, investigadores y los propios pacientes. La principal razón es que no existía una base conceptual para "medir" este término, ya que englobaba conceptos de naturaleza subjetiva y, por tanto, difíciles de cuantificar. Por tal motivo, en 1994, la OMS propuso una definición de consenso: *"Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses"*^{5,13,14}, habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos en salud, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte^{5,14}.

Como vemos, se trata de un concepto muy amplio, que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno¹. La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas) de la persona. Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la

distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad¹¹. En consecuencia, es posible hablar de calidad de vida en el adulto mayor ya que puede vivir plenamente, con satisfacciones y dignidad, siempre que el medio familiar y social lo faciliten¹.

Las métricas de calidad de la vida relacionada con la salud evalúan una amplia gama de dominios y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y -en el ámbito poblacional- para comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer la medición de una variable de expresión de tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud¹¹.

Por otro lado, el incremento rápido de la población de edad avanzada constituye una carga creciente para los escasos recursos de los países en desarrollo, en un momento en que todavía están afrontando problemas relacionados con la población más joven¹⁵. A medida que nuestra sociedad envejece, las enfermedades relacionadas con la edad tienen cada vez mayor importancia como problemas de salud personal y pública.

La población adulta mayor es uno de los grupos nutricionalmente más vulnerables, por los cambios anatómicos y fisiológicos que afectan al estado nutricional, porque las necesidades calóricas y de nutrientes se ven condicionadas con la disminución de los requerimientos fisiológicos, a consecuencia de los cambios en el metabolismo y la incidencia de enfermedades que alteran el gasto energético. Tanto la morbilidad o

comorbilidad, así como el inadecuado estado nutricional pueden llevar a dificultades de funcionamiento, hasta una discapacidad, jugando un papel importante en la calidad de vida de los adultos mayores³.

El estado nutricional es la resultante del conjunto de funciones que tienen por objeto mantener la integridad y asegurar la vida. En el caso de los seres humanos, es la resultante de la interacción de múltiples factores del ambiente físico y socio cultural con factores genéticos del individuo¹⁰. Por otra parte, en los hábitos alimentarios influyen diversos factores (sociodemográficos, culturales, religiosos, económicos y educacionales) que determinan costumbres alimentarias propias de cada zona o país. Una alimentación poco saludable y la falta de actividad física son algunos de los principales factores de riesgo para los problemas de salud crónicos en el mundo occidental. Diferentes estudios demuestran una fuerte asociación entre el aumento de la probabilidad de sufrir determinadas enfermedades (cardiovasculares, cáncer, anorexia, diabetes mellitus) y la adopción de determinados patrones dietéticos¹⁶.

Durante los últimos años se han modificado -de manera sustancial- los hábitos alimentarios en las poblaciones. Las tendencias al cambio en la alimentación, se han dado por igual en el medio rural y el urbano, aunque están mucho más marcadas en este último, presentándose invariablemente en los diversos grupos de edad. Este es el caso de los adultos mayores que también se ven influenciados por la modernidad¹⁷.

La malnutrición es una condición patológica que causa alteraciones del estado de salud y disminuye la capacidad de llevar a cabo las actividades básicas para la vida diaria. Esto, a su vez, conduce a una pérdida de

autonomía, un mayor aislamiento social, la institucionalización e incluso, en casos extremos, la muerte^{18,19}. La etapa previa a la malnutrición es el riesgo de malnutrición, cuya importancia fundamental radica en que si es detectada a tiempo -mediante una adecuada valoración nutricional- podrá ser tratada evitando que llegue a la malnutrición. Asimismo, La prevalencia de malnutrición o el riesgo de padecerla, en el adulto mayor no institucionalizado, depende del grado de autonomía y del lugar donde vive¹⁸.

Esta condición clínica lleva al aumento de morbilidades afectando negativamente la salud y el funcionamiento físico de los adultos mayores. Aunque la mayoría de las personas reportan tener de buena a excelente salud, se estima que tienen una o más enfermedades crónicas que podrían mejorar con una nutrición adecuada³.

En la actualidad, las causas principales de morbilidad en los adultos mayores son las enfermedades crónico-degenerativas. Estas están asociadas a alteraciones de la nutrición. En este grupo etario existe alto riesgo de manifestar deficiencias nutricionales debido a una disminución de las reservas energéticas y a una inadecuada ingestión de nutrientes²⁰. Si la ingestión de energía se mantiene en un nivel demasiado alto para determinado gasto energético o si el gasto de energía es sostenido a un nivel demasiado bajo para una determinada ingestión energética, sobreviene la obesidad. Se calcula que si la ingestión de energía excede el gasto energético en 5% al día, dará como resultado una ganancia de 5 kg de masa grasa en un año. La mayor parte de los estudios demuestra que con la edad, la ingestión calórica no cambia, incluso disminuye. El aumento relacionado con la edad en la masa grasa es, en su mayoría, causado por la disminución en el gasto de energía, secundario al

decremento en la tasa metabólica basal y al efecto termogénico de los alimentos (el incremento en la tasa metabólica durante la digestión de la comida), así como a reducción en la actividad física. La combinación de esta disminución en el gasto de energía con una ingestión calórica estable da como resultado una acumulación gradual de grasa²¹.

Algunos indicadores utilizados para determinar el estado de nutrición y relacionarla con la condición de salud y longevidad son el índice de masa corporal y perímetro abdominal^{20,22}. Sin embargo, la distribución grasa puede ser más importante que la grasa corporal total como factor de riesgo de enfermedad, especialmente en los ancianos. También se utiliza la encuesta *Mini Nutritional Assessment* (MNA). Ésta fue diseñada en los noventa para determinar riesgo de desnutrición y desnutrición en estudios epidemiológicos y es el instrumento más utilizado y validado en diversas lenguas, que considera parámetros antropométricos, preguntas de autoevaluación y una encuesta nutricional^{20,22,23,24}.

Un aspecto importante es que la prevalencia de obesidad aumenta hasta los 60 a 69 años en hombres y mujeres y luego disminuye, debido en parte a que los individuos susceptibles a los efectos nocivos de la obesidad tienen más probabilidades de fallecer a una edad más temprana²¹. Estudios internacionales en adultos mayores como el de Espinosa²⁵, han hallado una prevalencia de malnutrición de 32,06%, incrementándose en los mayores de 75 años de edad. Asimismo, observó que existía mayor riesgo cuando no se usaba prótesis dental o existía dificultad para alimentarse. Montejano-Lozoya y col.²⁶, reportó que 23,3% presenta riesgo de malnutrición, mayor en mujeres, con 85 años o más, viudos y sin estudios. Mota-Sanhua y col.²⁷, halló una

prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 80,7% y de obesidad abdominal de 48,4%. Martínez²⁸, observó que 53% estaba en riesgo de malnutrición y 27,7% fueron considerados como bien nutridos, encontrando como factores asociados a malnutrición la edad igual o mayor a 80 años, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, dependencia funcional, deterioro cognitivo y una autopercepción de salud de regular a mala. González-Solanellas y col.¹⁶ observaron que existe un consumo excesivo de grasas y deficitario del resto de grupos alimentarios en este grupo de edad. Jürschik-Jiménez y col.²⁹ hallaron una prevalencia de desnutrición de 22,6% y 35,4% en riesgo de desnutrición. Abreu-Viamontes y col.¹⁵, hallaron que la cuarta parte de los hombres y la tercera de las mujeres estaban obesos por el índice cintura/cadera y por el diámetro abdominal, asimismo, la obesidad fue más frecuente en mujeres. Calderón y col.²⁰, con el *Mini Nutritional Assessment* encontraron que 29,9% tenían malnutrición y 54,8% riesgo de malnutrición. En el Perú, el porcentaje de malnutrición en adultos mayores va de 23 a 62% en pacientes hospitalizados, llega a 85% en casas de reposo y es mayor de 15% en la comunidad^{30,31}. En el 26,3% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico³². 25,7% de los adultos mayores varones y 38,4% de las mujeres tienen exceso de peso (sobrepeso u obesidad), 39,4% pertenece a la zona urbana y 11,9% a la zona rural, mientras que 37,5% de los que tenían exceso de peso eran no pobres³³.

Existe una creciente preocupación por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de esta y para la salud. Dueñas-González y col.⁴, hallaron predominio de percepción de baja calidad de vida (43,3%), con tendencia a empeorar en la

medida que se incrementa la edad y disminuye la escolaridad. Ramírez-Vélez y col.⁵, concluyen que existe un deterioro importante de la calidad de vida de los adultos mayores relacionados a factores de riesgo de morbilidad, más acentuado en las escalas físicas y levemente a las escalas mentales. En nuestro país Ruíz-Dioses y col.³⁴, han observado que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar.

El interés de valorar la calidad de vida en población adulta mayor, se fundamenta en que es uno de los grupos de mayor riesgo para presentar problemas nutricionales, tanto por el propio proceso de envejecimiento que causa una menor capacidad de regulación en la ingesta de alimentos, como por otros factores asociados a él. Los cambios físicos, psíquicos, sociales y económicos, además de la coexistencia de patologías muy prevalentes en este grupo poblacional, pueden determinar modificaciones desfavorables en la ingesta dietética, causando el riesgo de alteraciones nutricionales importantes^{6,13,17,20}. Es por ello que planteamos el presente estudio que tiene como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y la malnutrición del adulto mayor en la provincia de Ica en el año 2014, con la finalidad de contribuir al conocimiento de la salud de la población adulta mayor determinando la prevalencia de malnutrición y su relación con la calidad de vida y, con estos resultados, proponer algunas líneas de acción para la atención de este grupo poblacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en una población constituida por 29 937 adultos mayores de la provincia de Ica³⁵.

La muestra se obtuvo mediante la fórmula: $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2(1-\alpha/2)^2 * (N-1) + p*(1-p)]$, donde: N=tamaño de la población=29937, frecuencia hipotética de malnutrición en la población (p): 10%, límite de confianza (d)=5%, con un nivel de confianza de 95%. Esta estuvo constituida por 138 adultos mayores (60 a más años de edad) residentes de la provincia de Ica (no menor de seis meses) que aceptaron participar del estudio mediante consentimiento informado, excluyendo a aquellos con morbilidad crónica en fase terminal y que decidieron no continuar en el estudio.

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista al adulto mayor o su familiar. La duración aproximada fue de 40 minutos. El entrevistador verificó que todas las preguntas estén respondidas antes de culminar la entrevista. No obstante, al finalizar la aplicación de los instrumentos de la investigación se realizó el control de calidad previo a la digitación a fin de identificar posibles errores o vacíos.

Se usaron los siguientes instrumentos: Ficha de recolección de datos epidemiológicos (Anexo 1) que registró los datos de las variables de estudio: sexo, edad, morbilidad crónica, riesgo socio-familiar, grado de dependencia, deterioro cognitivo, estado civil, convivencia, instrucción, uso de prótesis dental, dificultad para la alimentación, actividad laboral y cobertura sanitaria. Además se incluyeron las pruebas: valoración socio-familiar (*buena/aceptable situación familiar*: 5 a 9 puntos; *riesgo familiar*: 10 a 14 puntos; *problema social*: ≥ 15

puntos:), el índice de actividades básicas de la vida diaria - ABVD: KATZ (*independiente*: ningún ítem positivo de dependencia; *dependiente parcial*: de 1 a 5 ítems positivos de dependencia; *dependiente total*: 6 ítems positivos de dependencia) para determinar el grado de dependencia, el cuestionario abreviado de Pfeiffer (*sin deterioro cognitivo*: ≤ 2 errores; *deterioro cognitivo leve*: 3 a 4 errores; *deterioro cognitivo moderado*: 5 a 7 errores; *deterioro cognitivo severo*: 8 a 10 errores; a las personas con primaria incompleta y analfabeta se restó un punto a la suma total)³⁶ para cuantificar el deterioro cognitivo, encuesta WHOQOL-OLD (las puntuaciones se ponderaron para generar puntuaciones en seis dominios que van desde cero -*peor calidad de vida posible*- a 100 -*mejor calidad de vida*-; la calidad de vida general se valoró mediante la suma de los puntajes no ponderados de los seis dominios)^{37.38} para valorar la calidad de vida; encuesta *Mini Nutritional Assessment* (*malnutrición*: <17 puntos; *riesgo de malnutrición*: 17 a 24 puntos; *nutrición satisfactoria*: >24 puntos)³⁹ para medir el estado nutricional.

Los datos obtenidos, fueron ingresados a una base de datos utilizando el software IBM SPSS® (Statistical Package of the Social Science) en su versión 19.0. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante este programa estadístico. Se usó la estadística descriptiva a través de: la determinación de proporciones de las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central para las variables numéricas. La normalidad se evaluó mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Cuando la distribución fue normal, la comparación de los promedios se realizó mediante la prueba T de Student para variables dicotómicas y ANOVA para variables politómicas. La igualdad de varianzas se determinó usando la prueba de Levene, asumiendo

varianzas desiguales cuando $p < 0,05$. En las variables con distribución atípica se usaron las pruebas H de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney para comparar los promedios de variables dicotómicas y politómicas, respectivamente. En todas las pruebas estadísticas se usó un nivel de significancia de 95% y $p < 0,05$.

En concordancia con la declaración de Helsinki y al reporte de Belmont, se solicitó el consentimiento informado específico y se mantuvo la plena confidencialidad sobre los datos conforme a lo dispuesto en la pauta 18 del CIOMS⁴⁰. Así mismo, se respetó el anonimato de las y los participantes en el estudio, otorgando un código a cada ficha de recolección de datos. Además, el estudio contó con la autorización a la Dirección Regional de Salud de Ica, bajo sus procedimientos establecidos.

RESULTADOS

Tabla 1:
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ADULTO MAYOR.
PROVINCIA DE ICA, 2015

CARACTERÍSTICAS GENERALES	n	%
<i>Grupo etario</i>		
60 a 69 años	73	52,9
70 a más años	65	47,1
<i>Sexo</i>		
Masculino	63	45,7
Femenino	75	54,3
<i>Estado civil</i>		
Casado(a) /conviviente	77	55,80
Soltero(a)/viudo(a)/divorciado(a)	61	44,20
<i>Convivencia</i>		
Con su esposo(a)/conviviente	71	51,45
Con un familiar	50	36,23
Solo(a)	17	12,32
<i>Actividad laboral actual</i>		
Empleado	29	21,01
Trabajador independiente	56	40,58
Cesante /jubilado(a)	39	28,26
Ninguna	14	10,14
<i>Cobertura sanitaria</i>		
Privado	15	10,87
EsSalud	60	43,48
MINSA/GORE	10	7,25
Otro público	24	17,39
Ninguno	29	21,01
<i>Riesgo socio-familiar</i>		
Buena/aceptable situación familiar	72	52,17
Riesgo familiar	48	34,78
Problema social	18	13,04

En la muestra estudiada, se evaluaron 73 (52,9%) adultos mayores de 60 a 69 años y 65 (47,1%) de 70 a más; 75 (54,3% de sexo femenino; 61 (44,20%) solteros(as), viudos(as) o divorciados(as), 77 (55,80%) casados o convivientes; 71 (51,45%) vivían con su esposo(a) o conviviente; 50 (36,23%)

vivían con algún familiar y 17 (12,32%) vivían solos; 29 (21,01%) trabajaban como empleados y 56 (40,58%) trabajaban en forma independiente, mientras que 39 (28,26%) eran cesantes o jubilados(as) y 14 (10,14%) no laboraban. En relación a la cobertura sanitaria, 60 (43,48%) pertenecían a EsSalud, 15 (10,87%) tenían seguro privado, 10 (7,25%) estaban en MINSA/GORE y 24 (17,39%) pertenecían a otra institución pública, asimismo, 29 (21,01%) no tenían cobertura alguna. 72 (52,17%) tenían buena o aceptable situación familiar, mientras que 48 (34,78%) estaban en riesgo familiar y 18 (13,04%) fueron catalogados como problema social (Tabla 1).

Al evaluar las características del estado de salud de estos adultos mayores, se pudo observar que 64 (46,38%) eran portadores de alguna morbilidad crónica; 70 (50,72%) usaban prótesis dental, de los cuales 18 (13,04%) era por reemplazo de todas las piezas dentarias de ambos maxilares; 31 (22,46%) con dificultad para la alimentación; 18 (13,04%) con dependencia parcial o total; y 29 (21,01%) con deterioro cognitivo leve a severo. En cuanto al estado nutricional, observamos que 65 (47,10%) tenían nutrición satisfactoria y, en igual frecuencia, en riesgo de malnutrición, mientras que 8 (5,80%) ya estaban en malnutrición (Tabla 2).

**Tabla 2:
CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.
PROVINCIA DE ICA, 2015**

ESTADO DE SALUD	n	%
<i>Morbilidad</i>		
Hipertensión arterial	24	17,39
Diabetes mellitus tipo II	9	6,52
Otro	31	22,47
Ninguna	74	53,62
<i>Uso de prótesis dental</i>		
Sí, todas las piezas dentarias de ambos maxilares	18	13,04
Sí, todas la piezas dentarias de uno de los maxilares	13	9,42
Sí, parcial de algunas piezas dentarias	39	28,26
No	68	49,28
<i>Dificultad para la alimentación</i>		
Sí, nutrición parenteral	4	2,90
Sí, solo ingesta de comidas blandas	27	19,57
Ninguna	107	77,54
<i>Grado de dependencia</i>		
Dependiente total	1	0,72
Dependiente parcial	17	12,32
Independiente	120	86,96
<i>Deterioro cognitivo</i>		
Severo	1	0,72
Moderado	6	4,35
Leve	22	15,94
Sin deterioro	109	78,99
<i>Estado nutricional</i>		
Malnutrición	8	5,80
Riesgo de malnutrición	65	47,10
Nutrición satisfactoria	65	47,10

**Tabla 3:
CALIDAD DE VIDA EN SALUD DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DOMINIOS.
PROVINCIA DE ICA, 2015**

CALIDAD DE VIDA EN SALUD	PUNTUACIÓN					
	Media	P25	P50	P75	Mín	Máx
<i>Dominios</i>						
Funcionamiento del sensorio	65,8	50,0	68,8	81,3	25,0	100,0
Autonomía	64,8	56,3	68,8	75,0	25,0	100,0
Actividades pasadas, presentes y futuras	61,6	50,0	62,5	75,0	25,0	100,0
Participación social	62,2	54,7	68,8	75,0	12,5	100,0
Muerte y morir	65,1	50,0	68,8	87,5	0,0	100,0
Intimidad	62,3	48,4	68,8	75,0	12,5	100,0
<i>Puntaje total*</i>	85,1	77,0	87,0	94,0	57,0	116,0

*: Puntaje no ponderado

El puntaje total no ponderado obtenido a través del instrumento WHOQOL-OLD fue 87,0 o menos en el 50% de los adultos mayores. Asimismo, la mediana del puntaje ponderado en los seis dominios fue: 68,8 en el funcionamiento del sensorio, autonomía, participación social, muerte y morir, así como la intimidad; y 62,5 en las actividades pasadas, presentes y futuras. El puntaje más bajo (cero) se obtuvo en el dominio muerte y morir (Tabla 3).

Tabla 4:
CALIDAD DE VIDA EN SALUD SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES
DEL ADULTO MAYOR.
PROVINCIA DE ICA, 2015

CARACTERÍSTICAS GENERALES	n	MEDIA	E.E.	Estadístico	p
<i>Grupo etario</i>					
60 a 69 años	73	85,94	1,34	0,958 [¥]	0,340
70 a más años	65	83,94	1,62		
<i>Sexo (genero)</i>					
Masculino	63	86,76	1,59	1,494 [¥]	0,138
Femenino	75	83,71	1,32		
<i>Estado civil</i>					
Casado(a) / conviviente	77	87,78	1,31	3,026 [¥]	0,003
Soltero(a) / viudo(a) / divorciado(a)	61	81,72	1,52		
<i>Convivencia</i>					
Con su esposo(a) / conviviente	71	87,89	1,40	4,105 [£]	0,019
Con un familiar	50	82,16	1,58		
Solo(a)	17	82,12	3,23		
<i>Actividad laboral actual</i>					
Empleado	29	80,79	2,32	6,342 [£]	0,000
Trabajador independiente	56	88,48	1,53		
Cesante / Jubilado(a)	39	86,74	1,67		
Ninguna	14	75,93	3,02		
<i>Cobertura sanitaria</i>					
Privado	15	91,53	3,49	2,414 [£]	0,052
EsSalud	60	85,58	1,28		
MINSA/GORE	10	88,70	4,28		
Otro público	24	80,67	2,47		
Sin cobertura	29	83,21	2,51		
<i>Riesgo socio-familiar</i>					
Buena / aceptable situación familiar	72	90,25	1,15	17,060 [£]	0,000
Riesgo familiar	48	79,63	1,59		
Problema social	18	79,11	3,33		

¥: T de Student; £: ANOVA

Al comparar la calidad de vida en salud del adulto mayor en relación con sus características generales, se hallaron los siguientes puntajes promedio con sus respectivos errores estándar: 83,94±1,62 en el grupo etario de 70 a más años, 85,94±1,34 en los de 60 a 69 años (p=0,340); 83,71±1,32 en las mujeres y 86,76±1,59 en los varones (p=0,138); 87,78±1,31 en los casados(as) o convivientes y 81,72±1,52 en los(las) solteros(as), viudos(as) o divorciados(as)

($p=0,003$); $87,89\pm 1,40$ en quienes viven con su esposo(a) o conviviente, $82,16\pm 1,58$ en aquellos que viven con un familiar y $82,12\pm 3,23$ en quienes viven solos(as) ($p=0,019$); $88,48\pm 1,53$ en trabajadores independientes, $86,74\pm 1,67$ en cesantes y jubilados, $80,79\pm 2,32$ en empleados y $75,93\pm 3,02$ en aquellos que no tenían alguna actividad laboral; $91,53\pm 3,49$ en aquellos con cobertura sanitaria privada, $85,58\pm 1,28$ en los atendidos por EsSalud, $88,70\pm 4,28$ en la población que accede al MINSA/GORE, $80,67\pm 2,47$ en los atendidos en otros establecimientos de salud públicos y $83,21\pm 2,51$ cuando no tenían cobertura sanitaria; $90,25\pm 1,15$ cuando la situación familiar era buena o aceptable, $79,63\pm 1,59$ en presencia de riesgo familiar y $79,11\pm 3,33$ cuando era un problema social (tabla 4).

De igual forma se valoró la calidad de vida en salud en función de las características del estado de salud del adulto mayor, hallando: $81,13\pm 1,55$ cuando existe morbilidad crónica y $88,54\pm 1,23$ en ausencia de esta ($p=0,000$); $85,11\pm 2,44$ en quienes hacían uso de prótesis dental en reemplazo de todas las piezas dentarias de ambos maxilares, $82,23\pm 4,22$ cuando solo era en uno de los maxilares, $84,74\pm 2,09$ si era reemplazo parcial de algunas piezas y $85,85\pm 1,37$ si no usaban prótesis dental; $77,39\pm 2,18$ en quienes tenían alguna o dificultad total para la alimentación y $87,34\pm 1,07$ cuando no existía dificultad ($p=0,000$); $75,72\pm 2,53$ en los y las dependientes parciales o totales y $86,51\pm 1,06$ ($p=0,000$); $71,00\pm 3,43$ cuando el deterioro cognitivo era moderado-severo, $80,18\pm 2,49$ cuando fue leve y $87,00\pm 1,10$ cuando no existía deterioro ($p=0,000$); asimismo, cuando los adultos mayores presentaron malnutrición el puntaje fue $68,63\pm 3,40$, cuando hubo riesgo de malnutrición fue $82,15\pm 1,34$ y $90,08\pm 1,32$ en presencia de nutrición satisfactoria ($p=0,000$) (Tabla 5).

Tabla 5:
CALIDAD DE VIDA EN SALUD SEGÚN ESTADO DE SALUD
DEL ADULTO MAYOR.
PROVINCIA DE ICA, 2015

ESTADO DE SALUD	n	MEDIA	E.E.	Estadístico	p
<i>Morbilidad crónica</i>					
Con morbilidad crónica	64	81,13	1,55	3,786*	0,000
Sin morbilidad crónica	74	88,54	1,23		
<i>Uso de prótesis dental</i>					
Sí, todas las piezas dentarias de ambos maxilares	18	85,11	2,44	0,342 [£]	0,795
Sí, todas la piezas dentarias de uno de los maxilares	13	82,23	4,22		
Sí, parcial de algunas piezas dentarias	39	84,74	2,09		
No	68	85,85	1,37		
<i>Dificultad para alimentación</i>					
Con alguna o dificultad total	31	77,39	2,18	4,310*	0,000
Sin dificultad	107	87,34	1,07		
<i>Grado de dependencia</i>					
Dependiente parcial o total	18	75,72	2,53	3,712*	0,000
Independiente	120	86,51	1,06		
<i>Deterioro cognitivo</i>					
Moderado-severo	7	71,00	3,43	8,949 [£]	0,000
Leve	22	80,18	2,49		
Ninguno	109	87,00	1,10		
<i>Estado nutricional</i>					
Malnutrición	8	68,63	3,40	18,985 [£]	0,000
Riesgo de malnutrición	65	82,15	1,34		
Nutrición satisfactoria	65	90,08	1,32		

*: T de Student; £: ANOVA

Tabla 6:
FUNCIONAMIENTO DEL SENSORIO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN
CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS.
PROVINCIA DE ICA, 2015

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	Rango promedio	Estadístico	p
GENERALES			
<i>Convivencia</i>			
Con esposa	85,09		
Con familiar	56,00	23,94 ^π	0,000
Solo	44,09		
<i>Cobertura sanitaria</i>			
Privado	94,10		
EsSalud	68,07		
MINSA/GORE	64,10	11,03 ^π	0,026
Otro público	52,56		
Sin cobertura	75,62		
<i>Riesgo socio-familiar</i>			
Problema social	61,72		
Riesgo familiar	58,35	8,45 ^π	0,015
Buena / aceptable situación familiar	78,88		
DEL ESTADO DE SALUD			
<i>Morbilidad crónica</i>			
Con morbilidad crónica	56,44	1532,00 ^ξ	0,000
Sin morbilidad crónica	80,80		
<i>Dificultad para alimentación</i>			
Con alguna o dificultad total	44,05	869,50 ^ξ	0,000
Sin dificultad	76,87		
<i>Grado de dependencia</i>			
Dependiente parcial o total	43,75	616,50 ^ξ	0,003
Independiente	73,36		
<i>Deterioro cognitivo</i>			
Moderado-severo	37,79		
Leve	48,02	13,65 ^π	0,001
Ninguno	75,87		
<i>Estado nutricional</i>			
Malnutrición	33,81		
Riesgo de malnutrición	61,95	14,64 ^π	0,001
Nutrición satisfactoria	81,45		

π: H de Kruskal-Wallis; ξ: U de Mann-Whitney

En los resultados del dominio funcionamiento del sensorio influyó la persona con quien convive, la cobertura sanitaria y el riesgo socio-familiar, así como la presencia de morbilidad crónica, la dificultad para la alimentación, el grado de dependencia, el deterioro cognitivo y el estado nutricional influyeron. Los adultos mayores que viven solos, cuya cobertura sanitaria es provista por una entidad pública (no MINSA/GORE ni EsSalud), con morbilidad crónica, con alguna o dificultad total para la alimentación, dependientes parciales o totales, con deterioro cognitivo moderado-severo y con malnutrición presentan menor puntuación promedio en esta dimensión ($p < 0,05$) (Tabla 6).

En los resultados del dominio autonomía influye la actividad laboral actual y la cobertura sanitaria, junto con la presencia de morbilidad crónica, la dificultad para la alimentación, el grado de dependencia, el deterioro cognitivo y el estado nutricional. Las personas de 60 a más años de edad, empleadas, cuya cobertura sanitaria es provista por una entidad pública (no MINSA/GORE ni EsSalud), con morbilidad crónica, con alguna o dificultad total para la alimentación, dependientes parciales o totales, con deterioro cognitivo moderado-severo y con malnutrición presentan menor puntuación promedio en esta dimensión ($p < 0,05$) (Tabla 7).

Tabla 7:
AUTONOMÍA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS.
PROVINCIA DE ICA, 2015

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	Rango promedio	Estadístico	p
GENERALES			
<i>Actividad laboral actual</i>			
Empleado	49,34		
Trabajador independiente	79,77	14,34 ^π	0,002
Cesante /jubilado(a)	75,40		
Ninguna	53,75		
<i>Cobertura sanitaria</i>			
Privado	76,47		
EsSalud	74,13		
MINSA/GORE	46,50	11,15 ^π	0,025
Otro público	51,71		
Sin cobertura	78,97		
DEL ESTADO DE SALUD			
<i>Morbilidad crónica</i>			
Con morbilidad crónica	60,61	1799,00 ^ξ	0,014
Sin morbilidad crónica	77,19		
<i>Dificultad para alimentación</i>			
Con alguna o dificultad total	46,47	944,50 ^ξ	0,000
Sin dificultad	76,17		
<i>Grado de dependencia</i>			
Dependiente parcial o total	45,42	646,50 ^ξ	0,006
Independiente	73,11		
<i>Deterioro cognitivo</i>			
Moderado-severo	35,07		
Leve	52,05	11,84 ^π	0,003
Ninguno	75,23		
<i>Estado nutricional</i>			
Malnutrición	16,44		
Riesgo de malnutrición	65,17	20,01 ^π	0,000
Nutrición satisfactoria	80,36		

π: H de Kruskal-Wallis; ξ: U de Mann-Whitney

Tabla 8:
ACTIVIDADES PASADAS, PRESENTES Y FUTURAS DEL ADULTO MAYOR
SEGÚN CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS.
PROVINCIA DE ICA, 2015

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	Rango promedio	Estadístico	p
GENERALES			
<i>Riesgo socio-familiar</i>			
Problema social	52,33		
Riesgo familiar	54,95	18,80 ^π	0,000
Buena / aceptable situación familiar	83,49		
DEL ESTADO DE SALUD			
<i>Morbilidad crónica</i>			
Con morbilidad crónica	61,87		
Sin morbilidad crónica	76,10	1879,50 ^ξ	0,035
<i>Estado nutricional</i>			
Malnutrición	35,19		
Riesgo de malnutrición	60,88	16,72 ^π	0,000
Nutrición satisfactoria	82,35		

π: H de Kruskal-Wallis; ξ: U de Mann-Whitney

El riesgo socio-familiar, la presencia de morbilidad crónica junto con el estado nutricional son variables influyen en el dominio actividades pasadas, presentes y futuras. Aquellos adultos mayores catalogados como problema social, con alguna morbilidad crónica y en estado de malnutrición, presentan menor puntaje promedio en esta dimensión ($p < 0,05$) (Tabla 8).

Tabla 9:
PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN
CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS.
PROVINCIA DE ICA, 2015

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	Rango promedio	Estadístico	p
GENERALES			
<i>Actividad laboral actual</i>			
Empleado	63,43		
Trabajador independiente	78,07	10,50 ^π	0,015
Cesante /jubilado(a)	71,78		
Ninguna	41,43		
<i>Riesgo socio-familiar</i>			
Problema social	55,64		
Riesgo familiar	60,39	13,94 ^π	0,001
Buena / aceptable situación familiar	79,04		
DEL ESTADO DE SALUD			
<i>Morbilidad crónica</i>			
Con morbilidad crónica	60,78	1810,00 ^ξ	0,016
Sin morbilidad crónica	77,04		
<i>Grado de dependencia</i>			
Dependiente parcial o total	42,69	597,50 ^ξ	0,002
Independiente	73,52		
<i>Deterioro cognitivo</i>			
Moderado-severo	22,64		
Leve	54,55	15,50 ^π	0,000
Ninguno	75,53		
<i>Estado nutricional</i>			
Malnutrición	30,00		
Riesgo de malnutrición	64,90	12,59 ^π	0,002
Nutrición satisfactoria	78,96		

π: H de Kruskal-Wallis; ξ: U de Mann-Whitney

Las variables actividad laboral actual, riesgo socio-familiar, morbilidad crónica, grado de dependencia, deterioro cognitivo y estado nutricional influyeron en el puntaje de la dimensión participación social. Las puntuaciones promedio más bajas fueron obtenidas por aquellos que no tenían actividad laboral alguna, catalogados como problema social, con alguna morbilidad crónica, dependientes parciales o totales, con deterioro cognitivo moderado a severo y en estado de malnutrición ($p < 0,05$) (Tabla 9).

Tabla 10:
MUERTE Y MORIR DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS.
PROVINCIA DE ICA, 2015

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	Rango promedio	Estadístico	p
GENERALES			
<i>Estado civil</i>			
Casado(a) / conviviente	76,73	1792,00 ^ξ	0,017
Soltero(a) / viudo(a) / divorciado(a)	60,38		
<i>Cobertura sanitaria</i>			
Privado	90,87	10,33 ^π	0,035
EsSalud	67,27		
MINSA/GORE	82,40		
Otro público	74,92		
Sin cobertura	54,14		
<i>Riesgo socio-familiar</i>			
Problema social	58,06	13,94 ^π	0,001
Riesgo familiar	55,66		
Buena / aceptable situación familiar	81,59		
DEL ESTADO DE SALUD			
<i>Dificultad para alimentación</i>			
Con alguna o dificultad total	53,48	1162,00 ^ξ	0,011
Sin dificultad	74,14		

π: H de Kruskal-Wallis; ξ: U de Mann-Whitney

En la dimensión muerte y morir influyen el estado civil, la cobertura sanitaria y el riesgo socio-familiar, así como la dificultad para la alimentación. Los adultos mayores solteros(as), viudos(as) y divorciados(as), sin cobertura sanitaria, en riesgo familiar con alguna o dificultad total para la alimentación ostentan menores puntuaciones promedio en esta dimensión ($p < 0,05$) (Tabla 10).

Tabla 11:
INTIMIDAD DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS.
PROVINCIA DE ICA, 2015

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	Rango promedio	Estadístico	p
GENERALES			
<i>Sexo</i>			
Masculino	77,94	1830,50 ^ξ	0,021
Femenino	62,41		
<i>Estado civil</i>			
Casado(a) / conviviente	82,60	1339,50 ^ξ	0,000
Soltero(a) / viudo(a) / divorciado(a)	52,96		
<i>Riesgo socio-familiar</i>			
Problema social	50,14	14,61 ^π	0,001
Riesgo familiar	58,70		
Buena / aceptable situación familiar	81,54		
DEL ESTADO DE SALUD			
<i>Morbilidad crónica</i>			
Con morbilidad crónica	60,20	1773,00 ^ξ	0,010
Sin morbilidad crónica	77,54		
<i>Dificultad para alimentación</i>			
Con alguna o dificultad total	54,60	1196,50 ^ξ	0,017
Sin dificultad	73,82		
<i>Estado nutricional</i>			
Malnutrición	35,19	16,01 ^π	0,000
Riesgo de malnutrición	60,88		
Nutrición satisfactoria	82,35		

π: H de Kruskal-Wallis; ξ: U de Mann-Whitney

En la dimensión intimidad influyen el sexo, el estado civil, el riesgo socio-familiar, así como la morbilidad crónica, la dificultad para la alimentación y el estado nutricional. Los adultos mayores de sexo femenino, solteros(as), viudos(as) y divorciados(as), catalogados como problema social, con alguna morbilidad crónica, con alguna o dificultad total para la alimentación y en malnutrición presentan menores puntuaciones promedio en esta dimensión ($p < 0,05$) (Tabla 11).

DISCUSIÓN

La población adulta mayor es uno de los grupos nutricionalmente más vulnerables, por los cambios anatómicos y fisiológicos que afectan su estado nutricional. Una alimentación inadecuada los pone en riesgo de malnutrición ya sea por deficiencia (desnutrición) o exceso (obesidad). Ambos son un problema de salud pública³. En los adultos mayores, cambios muy sutiles en el estado nutricional pueden tener efectos adversos sobre su estado funcional y su calidad de vida. Este grupo poblacional es más susceptible debido a los cambios fisiológicos que modifican sus requerimientos nutricionales y la utilización de los alimentos por el organismo, la co-existencia de enfermedades físicas y/o mentales, el aislamiento social, los cambios culturales y la situación de indefensión económica en la que muchos de ellos desarrollan su vida¹⁰.

En la muestra estudiada observamos que más de la mitad de los adultos mayores aún trabajan. Uno de cada diez adultos mayores vive solo y la tercera parte vive con un familiar. Este perfil es similar al encontrado por Guerrero-Pérez et al.⁴¹ en una población mexicana. Asimismo, casi la mitad se encuentra en riesgo familiar y uno de cada diez es catalogado como un problema social. Además, dos de cada diez no tienen cobertura sanitaria alguna.

En cuanto al estado de salud, la mitad de ellos presenta alguna enfermedad crónica, principalmente hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II, y usa prótesis dental. Dos de cada diez con dependencia parcial o total y/o con algún grado de deterioro cognitivo. A esto se suma que la tercera parte de ellos manifiesta tener alguna o dificultad total para la alimentación y más de la mitad presenta riesgo de malnutrición o malnutrición establecida. Hallazgo

similares son reportados en los estudios realizados por Rodrigues et al.⁴² en población general y Casas et al.⁴³ en una población geriátrica consultante de un hospital nacional de nuestro país reporta frecuencia de deterioro cognitivo. En cuanto a la malnutrición nuestro estudio, aunque utilizando un instrumento diferente, evidencia la problemática nutricional de esta población que también se evidencia en los estudios de Espinosa²⁵, Montejano-Lozoya y col.²⁶, Jürschik-Jiménez y col.²⁹, Mota-Sanhua y col.²⁷, Martínez²⁸ y de Abreu-Viamontes y col.¹⁵; sin embargo, comparable con lo reportado por Calderón y col.²⁰.

El puntaje total de calidad de vida alcanzó el 70,1% del valor ideal (120 puntos). Cifra por encima de lo reportado en un estudio brasileño que reporta 61%⁴². Aunque estos valores podrían no ser comparables, debido a la idiosincrasia de las poblaciones estudiadas. Esta percepción del adulto mayor acerca de su calidad de vida puede estar influida por su salud mental y capacidad funcional así como a la como autoestima, la satisfacción con la vida y depresión, enfermedades crónicas, el tiempo de enfermedad crónica, así como la agudización de problemas crónicos, entre otros⁴⁴.

La presencia de una pareja influye decisivamente en la calidad de vida del adulto mayor, así como en las dimensiones intimidad, muerte y morir junto con la intimidad. Esto podría deberse a que los adultos mayores encuentran en sus parejas un importante recurso de apoyo y validación. Las personas que se encuentran sin pareja estable (separados o divorciados) presentarían más dificultades para adaptarse física y psicológicamente, porque también presentan menor apoyo social percibido, el cual sería un importante recurso de afrontamiento del estrés psicosocial⁴⁴. El soporte socio-familiar es también un

factor decisivo en la calidad de vida. Cuando el adulto mayor está en abandono existirá menor calidad de vida, afectando los dominios del funcionamiento del sensorio, las actividades presentes, pasadas y futuras, la participación social, la muerte y el morir, así como la intimidad. Cardona et al.⁴⁵, observó que uno de cada diez adultos mayores se siente maltratado por sus familias. Estos maltratos incluyen humillaciones, insultos, amenazas verbales, golpes, gritos, aislamiento y empujones, entre otros. Por esta razón es que la convivencia con un familiar no modificaría su calidad de vida, sumiéndolos en la soledad que los lleva a institucionalizarse⁴⁵.

Cuando no trabaja también existe menor calidad de vida, afectando directamente el dominio autonomía y la participación social. Junto a esto, si bien la cobertura sanitaria no influye en el puntaje total de la calidad de vida, influirá en el funcionamiento del sensorio en los que se atienden en establecimientos públicos no MINSA/GORE ni EsSalud, la autonomía en los atendidos por establecimientos MINSA/GORE, la muerte y morir en aquellos sin cobertura. De esta forma, cada institución debe explorar las características de su población para brindar los servicios necesarios de acuerdo a las necesidades percibidas.

En nuestro estudio, el uso de prótesis dental no influyó en los puntajes promedio de calidad de vida o sus dominios. Sin embargo, en un estudio publicado por Rodrigues et al.⁴² halló relación entre el edentulismo y la participación social. Esta diferencia con nuestro hallazgo, posiblemente se deba a que nuestro estudio recoge el uso de prótesis dental y no el edentulismo. Este último relacionado con la dificultad para la alimentación que, en nuestro estudio, influyó en el puntaje total de la calidad de vida y en sus

dominios funcionamiento del sensorio, autonomía así como muerte y morir. Al respecto, encontramos un estudio realizado en Brasil en el que se demostró que el uso de prótesis dental mejora la autoestima y genera el retorno a las actividades sociales⁴⁶.

El grado de dependencia así como el deterioro cognitivo también determinan la calidad de vida del adulto mayor, al igual que la presencia de morbilidad crónica. La última, en presencia de complicaciones, determina el grado de las dos primeras y en conjunto afectan el funcionamiento del sensorio, la autonomía y la participación social. Además la morbilidad crónica afectará las actividades pasadas, presentes y futuras, así como la intimidad. Esta morbilidad, además está asociada a alteraciones en la nutrición²⁰ y -en nuestros hallazgos- el estado nutricional está asociado a la calidad de vida. Los adultos mayores malnutridos presentarán menor puntuación de calidad de vida que aquellos que tienen nutrición satisfactoria y, de igual forma, en todos los dominios a excepción del dominio muerte y morir. Como vemos la adecuada nutrición del adulto mayor es esencial para mantener una calidad de vida adecuada.

CONCLUSIONES

- La calidad de vida se relaciona con la malnutrición en el adulto mayor. Los adultos mayores malnutridos presentarán menor puntuación de calidad de vida que aquellos que tienen nutrición satisfactoria y, de igual forma, en todos los dominios a excepción del dominio muerte y morir. Una buena nutrición se asocia a mejor promedio de calidad de vida.
- La presencia de una pareja influye decisivamente en la calidad de vida del adulto mayor, así como en las dimensiones intimidad, muerte y morir junto con la intimidad.
- En el adulto mayor en abandono existirá menor calidad de vida, afectando los dominios del funcionamiento del sensorio, las actividades presentes, pasadas y futuras, la participación social, la muerte y el morir, así como la intimidad.
- Los adultos mayores no trabajan existe menor calidad de vida, afectando directamente el dominio autonomía y la participación social.
- La cobertura sanitaria no influye en el puntaje total de la calidad de vida, pero si influirá en el funcionamiento del sensorio en los que se atienden en establecimientos públicos no MINSA/GORE ni EsSalud, la autonomía en los atendidos por establecimientos MINSA/GORE, la muerte y morir en aquellos sin cobertura.
- El uso de prótesis dental no influyó en los puntajes promedio de calidad de vida o sus dominios, pero la dificultad para la alimentación si se relacionó con el puntaje total de la calidad de vida y en sus dominios funcionamiento del sensorio, autonomía así como muerte y morir.

- El grado de dependencia así como el deterioro cognitivo también determinan la calidad de vida del adulto mayor, al igual que la presencia de morbilidad crónica. Además la morbilidad crónica afectará las actividades pasadas, presentes y futuras, así como la intimidad.
- La mitad de los adultos mayores presenta alguna enfermedad crónica, principalmente hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II, y usa prótesis dental. Dos de cada diez con dependencia parcial o total y/o con algún grado de deterioro cognitivo.
- La tercera parte de los adultos mayores manifiesta tener alguna o dificultad total para la alimentación y más de la mitad presenta riesgo de malnutrición o malnutrición establecida.
- La mitad de los adultos mayores aún trabajan. Uno de cada diez adultos mayores vive solo y la tercera parte vive con un familiar.
- La mitad se encuentra en riesgo familiar y uno de cada diez es catalogado como un problema social. Además, dos de cada diez no tienen cobertura sanitaria alguna.

RECOMENDACIONES

- La nutrición es muy importante para la salud física y emocional, por lo que debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable, así como estimulante del apetito y bien presentada, apetecible y además de fácil trituración o desintegración y digestión. Esta debe incluir diariamente frutas, verduras, leche o productos lácteos con poca grasa; carnes o legumbres, pan, cereales (arroz, sémola, fideos), con preferencia de carnes blancas y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol.
- La pérdida dental no es una consecuencia natural del envejecimiento, por lo que debe promoverse una adecuada y constante limpieza dental después de cada comida para evitar la pérdida de las piezas dentarias.
- El apoyo familiar es muy importante, debido a su rol emocional y afectivo, debido a que a esta edad se generan una serie de cuidados y afecto. De esta forma se fortalece el sentido de pertenencia del adulto mayor. Además, las políticas públicas para los adultos mayores deberían tener un enfoque familiar más que individual. La familia puede constituir una importante fuente de recursos. De hecho, la mayoría de las personas de edad siente que puede contar con ella, sin embargo, es necesario apoyarla, especialmente si se trata de los sectores más privados económicamente.
- Los adultos mayores con alguna enfermedad crónica debe mantenerse "funcionales". La promoción de la salud es una estrategia para mantener esta funcionalidad y disminuir su dependencia y, por lo tanto disminuir la

probabilidad de ingresar a una institución o aumentar las tasas de mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guillard MO. Factores que inciden en la calidad de vida del adulto mayor, en una muestra de la población del municipio Mariano. *Bioética*. 2009; 9:18-22.
2. Franco-Giraldo FA, Arboleda-Montoya LM. Aspectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín-Colombia. *Perspect Nutr Humana*. 2010; 12:61-74.
3. Hernández E, Sánchez S. Comorbilidad, estado nutricional y su impacto en la calidad de vida de los adultos mayores. Primer Encuentro de Jóvenes Investigadores CONACYT 2013 (internet). (acceso 28 abr 2014). Disponible en: <http://www.ucol.mx/acerca/coordinaciones/cgd/pregrado/encuentro.html>
4. Dueñas-González D, Bayarre-Veall HD, Triana-Álvarez III E, Rodríguez-Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009; 25(2):1-2.
5. Ramírez-Vélez R, Agredo RA, Jerez AM, Chapal LY. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev. salud pública*. 2008; 10(4):529-536.
6. Valdez W y col. Análisis de situación de salud en el Perú 2012. Ministerio de Salud / Dirección General de Epidemiología (internet). 2013. (acceso 28 abr 2014). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. PERÚ: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por años calendario y Edades simples 1995-2025. Boletín Especial Nro. 22. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010.
8. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2013-2017. Lima-Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables.
9. Gálvez M. Demografía del envejecimiento: La transición demográfica. En: Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p. 25-32.
10. Acosta RS. Evaluación nutricional de ancianos. Conceptos, métodos y técnicas. En: Cap. II: Evaluación global del estado nutricional de ancianos. Ed. Brujas. 2008.
11. Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21:76-86.
12. Osorio P, Torrejón MJ, Vogel N. Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2008; 2(1):101-108.
13. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010; 29(63):83-92.

14. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Col. Cardiol* 2007; 14:207-222.
15. Abreu-Viamontes C, Viamontes-Cardoso A, Capote-Betancourt A, Betancourt M. Estado nutricional en adultos mayores: casa de abuelos Amalia Simoni. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2009; 13(4).
16. González-Solanellas M y col. Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adulta atendida en atención primaria. *Nutr Hosp*. 2011;26(2):337-344.
17. Cervantes-Ortega C, Rosas-Nexticapa M, Gómez-Lozada N, Illescas-Nájera I. Dieta cotidiana en adultos mayores beneficiarios de programas sociales del medio rural veracruzano. *Rev Med UV*. 2009; 9(1-Sup1):35-41.
18. Tena Dávila MC y Serrano Garijo P. Malnutrición en el anciano. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F y Ruipérez Cantera I, editores. *Manual de Geriatria*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Doyma, SL. 2007, pp. 731-40.
19. García de Lorenzo y Mateos A, Álvarez J y De Man F. Envejecimiento y desnutrición; un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. *Nutr Hosp*. 2012; 27 (4): 1060-4.
20. Calderón ME, Ibarra F, García J, Gómez C, Rodríguez-Orozco AR. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. *Nutr Hosp* (internet). 2010 (acceso 13 feb 2015);

<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n4/original17.pdf>

21. **García-Zenón T, Villalobos-Silva JA. Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia. Med Int Mex 2012;28(2):154-161.**
22. **Ortiz P. Nutrición. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p 501-511.**
23. **Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. Overview of the MNA – Its history and challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 (6): 456-463.**
24. **Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC. The Mini Nutritional Assessment—its history, today's practice, and future perspectives. Nutr Clin Pract 2008; 23 (4): 388-396.**
25. **Espinosa HM. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores hospitalizados en el departamento de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2013. Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Interna. Universidad de Cuenca – Facultad de Ciencias Médicas – Posgrado de Medicina Interna. 2014.**
26. **Montejano-Lozoya R, Ferrer-Diego RM, Clemente-Marín G, Martínez-Alzamora N. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Nutr Hosp. 2013; 28:1438-1446.**

27. Mota-Sanhua V, Levin-Pick G, Rivas-Ayala L. Estado de nutrición de adultos mayores de un sector marginado en la Ciudad de México. 2012; 57(3):205-209.
28. Martínez RE. Factores asociados a malnutrición en el paciente adulto mayor que vive en la comunidad. Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Medicina - Sección de Estudios de Posgrado e Investigación. 2011.
29. Jürschik-Jiménez P, Torres-Puig-gros J, Solá-Martí R, Nuin-Órreo C, Botigué-Satorra T. Estado nutricional de la población mayor de Cataluña de diferentes niveles asistenciales. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2009; 59(1):38-46.
30. Chapman IM. Nutritional disorders in the elderly. Med Clin N Am. 2006; 90: 887-907.
31. Yitshal N. Enteral nutrition in geriatric patients. Mediterr J Nutr Metab. 2009; 1 (3):141-144.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor informe técnico: Octubre-Noviembre-Diciembre 2012. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013.
33. Álvarez D, Sánchez J, Gómez G, Tarqui C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29(3):303-313.
34. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor

- que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2008; 25(4):374-379.
35. INEI. Censo Nacional XI de población y VI de vivienda 2007/- Boletín Demográfico N° 18, Boletín Demográfico N° 37 Lima -2009.
 36. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor (internet). (acceso 20 mar 2014). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/MANUAL%20LLENADO%20HC%20ADULTO%20MAYOR%2006.10.2006.pdf>
 37. Bowling A. The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and theWHOQOL-OLD. Current Gerontology and Geriatrics Research. 2009; 1-12
 38. González-Celis AL, Gómez-Benito J. Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. Health. 2013; 5(12A):110-116.
 39. Varela LF. Nutrición en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2013; 24:183-185.
 40. CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos de la Organización Mundial de la Salud. OMS. 2008.
 41. Guerrero-Pérez R, Quevedo-Tejero EC, García-Rochín R, Zavala-González MA. Perfil gerontológico del adulto mayor en Tabasco, México. Rev. salud pública (internet). 2012 (acceso 13 feb 2015); 14

- (1): 88-101. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n1/v14n1a08.pdf>
42. Rodrigues SM, Oliveira AC, Duarte AM, Moreira AN, Ferreira E. Implications of edentulism on quality of life among elderly. *Int. J. Environ. Res. Public Health* (internet). 2012 (acceso 13 feb 2015), 9(1):100-109. Disponible en: <http://www.mdpi.com/1660-4601/9/1/100/htm#sthash.DYGT4KUH.dpuf>.
43. Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. *Rev Med Hered* (internet). 2012 (acceso 13 feb 2015); 23(4):229-234. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v23n4/v23n4ao2.pdf>
44. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Ter Psicol* (internet). 2012 (acceso 13 feb 2015); 30(2):23-29. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>
45. Cardona-Arango D, Estrada-Restrepo A, Chavarriaga-Maya LM, Segura-Cardona AM, Ordoñez-Molina J, Osorio-Gómez JJ. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Rev. salud pública* (internet). 2010 (acceso 13 feb 2015); 12(3):414-424. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a07.pdf>
46. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Méx* (internet). 2002 (acceso 13 feb 2015), 44(4):349-361. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>

Anexo 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Fecha de encuesta ___/___/___ Sexo: (0) Masculino (1) Femenino

Dirección: _____ Distrito: _____

Edad: ___ (cumplidos) Fecha de nacimiento: ___/___/___ Instrucción: ___ (aprobados)

MORBILIDAD CRÓNICA:

(0) Ninguna	(1) HTA	(2) DM	(3) Cáncer	(4) Otro
-------------	---------	--------	------------	----------

ESTADO CIVIL

(0) Soltero(a)/Viudo(a)/Divorciado(a)	(1) Casado(a)/Conviviente
---------------------------------------	---------------------------

CONVIVENCIA:

(0) Solo(a)	(1) Con su esposo(a)/conviviente	(2) Con un familiar
-------------	----------------------------------	---------------------

ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL:

(0) Dependiente	(1) Independiente	(2) Cesanté/Jubilado(a)	(3) Ninguna
-----------------	-------------------	-------------------------	-------------

USO DE PRÓTESIS DENTAL:

(0) No	(2) Sí, todas de piezas dentarias de solo uno de los maxilares.
(1) Sí, parcial de algunas piezas dentarias	(3) Sí, total de todas las piezas dentarias de ambos maxilares

DIFICULTAD PARA LA ALIMENTACIÓN:

(0) Ninguna	(1) Sí, a comidas sólidas, solo ingesta de comidas blandas	(2) Sí, nutrición parenteral
-------------	--	------------------------------

COBERTURA SANITARIA:

(0) Privado	(1) Es Salud	(2) MINSA	(3) Otro público	(4) Ninguno
-------------	--------------	-----------	------------------	-------------

VALORACIÓN FUNCIONAL

Actividades básicas de la vida diaria	Dependiente	Independiente
Lavarse		
Vestirse		
Uso del servicio higiénico		
Movilizarse		
Continencia		
Alimentarse		

ESTADO COGNITIVO – Pfeiffer (Colocar un punto por cada error)

Preguntas	Error
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	
TOTAL	

VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

SITUACIÓN FAMILIAR		SITUACIÓN ECONÓMICA	
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un salario mínimo vital
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
VIVIENDA		RELACIONES SOCIALES	
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	2	Relación social sólo con familia y vecinos
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	3	Relación social solo con la familia
4	Vivienda semi construida o de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)		PUNTAJE:	
1	No necesita apoyo		
2	Requiere apoyo familiar o vecinal		
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social		
4	No cuenta con Seguro Social		
5	Situación de abandono familiar		

RIESGO SOCIO FAMILIAR:

(0) Buena/aceptable situación familiar	(1) Riesgo familiar	(2) Problema social
--	---------------------	---------------------

GRADO DE DEPENDENCIA:

(0) Independiente	(1) Dependiente parcial	(2) Dependiente total
-------------------	-------------------------	-----------------------

DETERIORO COGNITIVO:

(0) Sin deterioro	(1) Leve	(2) Moderado	(3) Severo
-------------------	----------	--------------	------------

MALNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR:

(0) Nutrición satisfactoria	(1) Riesgo de malnutrición	(2) Malnutrición
-----------------------------	----------------------------	------------------

Anexo 2
CUESTIONARIO WHOQOL-OLD

Este cuestionario sirve para conocer sus pensamientos, sentimientos y sobre determinados aspectos de su calidad de vida, y abordar cuestiones que pueden ser importantes para usted como miembro de más edad de la sociedad. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente sus valores, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. **¿En qué medida las pérdidas en sus sentidos (por ejemplo, la audición, la visión, el gusto, el olfato, el tacto), afectan a su vida diaria?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

2. **¿En qué medida la pérdida de, por ejemplo, el oído, la vista, el gusto, el olfato, el tacto, afecta su capacidad para participar en las actividades?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

3. **¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. **¿Hasta qué punto se siente que controla su futuro?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. **¿Siente que la gente que le rodea respeta su libertad?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. **¿Qué tan preocupado está usted con la forma en que va a morir?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. **¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. **¿Cuánto miedo tiene de morir?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. **¿Cuánto miedo tiene de sufrir el dolor antes de morir?**

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿El funcionamiento de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afecta su capacidad de interactuar con los demás?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de hacer las cosas que le gusta hacer?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Está usted satisfecho(a) con las oportunidades para continuar alcanzando más logros en su vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Siente que recibe el reconocimiento que merece en su vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Siente que tiene lo suficiente para hacer las cosas todos los días?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

15. ¿Está satisfecho(a) con lo que ha logrado en su vida?

Muy insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni satisfecho ni insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

16. ¿Está satisfecho(a) con la forma en que usa su tiempo?

Muy insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni satisfecho ni insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

17. ¿Está satisfecho(a) con su nivel de actividad?

Muy insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni satisfecho ni insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

18. ¿Está satisfecho(a) con las oportunidades que tiene para participar de las actividades de la comunidad?

Muy insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni satisfecho ni insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán feliz está con las cosas que pueden pasar en el futuro?

Muy infeliz	Infeliz	Ni feliz ni infeliz	Feliz	Muy Feliz
1	2	3	4	5

20. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de sus sentidos (por ejemplo, la audición, la visión, gusto, olfato, tacto)?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier relación íntima que pueda tener. Por favor considere las siguientes preguntas en relación con una pareja o una persona cercana con la que puede compartir su intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

21. ¿Tiene sentimientos de compañerismo en su vida?

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

22. ¿Siente amor en su vida?

Nada	Muy poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

23. ¿Tiene oportunidades para amar?

Nada	Muy poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

24. ¿Tiene oportunidades para ser amado(a)?

Nada	Muy poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Anexo 3

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>

J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consume el paciente <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluación (máx. 16 puntos)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cribaje	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Evaluación global (máx. 30 puntos)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición	

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2009 ; 10 : 458-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Selva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001 ; 56A : M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N97200 12/09 10M
 Para más información: www.mna-elderly.com

Anexo 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que el entrevistador de la investigación **CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA MALNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR. PROVINCIA DE ICA, 2015**, me entreviste. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca en la calidad de vida y la nutrición en los adultos mayores. Este estudio financiado por el autor, proporcionará información a los profesionales de la salud sobre estos problemas.

Comprendo que seré entrevistado(a) a una hora adecuada en mi domicilio. Se me preguntará sobre aspectos personales y familiares evaluados a través de test. De ser necesario, solicitarán información a un familiar. También entiendo que el encuestador me pedirá información que yo o mi familiar podemos negarnos a contestar.

Esta entrevista es otorgada en forma libre, voluntaria y que aún después que la inicie, yo puedo rehusarme a responder preguntas específicas o decidir terminarla en cualquier punto.

La entrevista durará aproximadamente cuarenta minutos. También entiendo que el investigador puede localizarme para más información en un futuro.

Sé que mis respuestas a las preguntas no se proporcionarán a nadie más y no seré identificado(a) de alguna manera en cualquier reporte de esta investigación.

También he sido informado(a) que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de servicios de salud o sociales, inclusive de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

Asimismo, tengo conocimiento que yo no recibiré beneficios directos como resultado de mi participación, pero se me explicarán medidas para mejorar mi calidad de vida y mantener una adecuada nutrición.

Comprendo que el resultado de esta investigación me será dado si lo solicito y que puedo localizar al investigador en caso de tener cualquier pregunta sobre el estudio o mis derechos como participante del mismo.

Ica, ____ de _____ del 2015.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

D.N.I. N° : _____