

# UCUENCA

**Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Nutrición y Dietética**

**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.**

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Licenciado en  
Nutrición y Dietética  
Modalidad: proyecto de investigación

**Autoras:**

Camila Krupskaia Andrade Sánchez

CI: 0105344022

Correo electrónico: [candrades241005@gmail.com](mailto:candrades241005@gmail.com)

Daniela Estefanía Parra Coronel

CI: 0107211021

Correo electrónico: [destefania.parrac@gmail.com](mailto:destefania.parrac@gmail.com)

**Directora:**

Lcda. María Nathalia Sánchez Peralta, Mgst

CI: 0104055215

**Cuenca – Ecuador**

**15–julio-2022**

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** La alimentación es un factor determinante en la salud de los adultos mayores; conforme pasan los años aparecen cambios tanto fisiológicos y sociales que afectan el estado nutricional de este grupo etario, por consiguiente, la malnutrición en los ancianos representa un problema importante de salud pública.

**OBJETIVO:** Determinar el estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022.

**METODOLOGÍA:** El estudio se fundamentó en el enfoque cuantitativo con un muestreo no probabilístico de conveniencia conformado por 100 personas adultas mayores que acuden al Centro de Salud UNE - Totoracocha de la Ciudad de Cuenca y que cumplían con las características del interés de la investigación.

**Resultados:** La población de estudio está caracterizada por el predominio de la población femenina con el 74% frente al 26% de la masculina; en el que 39% se ubica en el grupo etario de 65 a 67 años. Los hallazgos investigativos indican la prevalencia del 44% de estado nutricional normal, sin embargo, los diagnósticos nutricionales por exceso (sobrepeso u obesidad) son del 51% según la evaluación del índice de masa corporal, por otro lado, se destaca que el 63% de la población demuestra mala calidad de la alimentación, existiendo relación con sus diagnósticos nutricionales.

**Conclusiones:** El estado nutricional está directamente relacionado con los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores y esto puede deberse a cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, cognitivos, psicomotores y socioafectivos propios del envejecimiento.

**Palabras claves:** Población adulta mayor. Evaluación antropométrica nutricional, Hábitos alimentarios.

## ABSTRACT

**Background:** Food is a determining factor in the health of older adults; As the years go by, both physiological and social changes appear that emerge in the nutritional status of this age group, therefore, malnutrition in the elderly represents an important public health problem.

**Objective:** To determine the nutritional status and its relationship with the food intake of older adults who attend the UNE Health Center - Totoracocha. Cuenca 2022.

**Methodology:** The study was based on the quantitative approach with a non-probabilistic convenience sampling made up of 100 older adults who attend the UNE - Totoracocha Health Center in the City of Cuenca and who met the characteristics of interest in the research.

**Results:** The study population is characterized by the predominance of the female population with 74% compared to 26% of the male population; in which 39% is located in the age group of 65 to 67 years. The investigative findings indicate the prevalence of 44% of normal nutritional status, however, nutritional diagnoses due to excess (overweight or obesity) are 51% according to the evaluation of the body mass index, on the other hand, it is highlighted that 63% of the population shows poor quality of food, and there is a relationship with their nutritional diagnoses.

**Conclusions:** The nutritional status is directly related to the eating habits of older adults and this may be due to physical, physiological, psychological, cognitive, psychomotor and socio-affective changes typical of aging.

**Keywords:** Older adult population. Nutritional anthropometric evaluation. Eating habits.

## ÍNDICE

CAPÍTULO I .....	15
1.1 INTRODUCCIÓN .....	15
1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	19
CAPÍTULO II .....	21
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO .....	21
2.2 ADULTO MAYOR .....	22
2.3 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO .....	22
2.3.1 CARACTERÍSTICAS Y CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO .....	23
2.4 NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR .....	25
2.4.1 NECESIDADES NUTRICIONALES EN EL ADULTO MAYOR .....	25
2.5 MALNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR .....	27
2.6 HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ADULTO MAYOR .....	28
2.7 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA NUTRICIONAL .....	30
CAPÍTULO III .....	35
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	35
CAPÍTULO IV .....	36
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	36
4.1 TIPO DE ESTUDIO .....	36
4.2 ÁREA DE ESTUDIO .....	36
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO .....	36
4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	36
4.5 VARIABLES .....	36
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	37
4.6.1 MÉTODOS .....	37
4.6.2 TÉCNICAS .....	37
4.6.3 INSTRUMENTOS .....	37
4.7 PROCEDIMIENTOS .....	37
4.7.1 AUTORIZACIÓN .....	37
4.7.2 CAPACITACIÓN .....	38
4.7.3 SUPERVISIÓN .....	38

# UCUENCA

4.8 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS .....	38
4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	38
CAPÍTULO V .....	40
5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS .....	40
CAPÍTULO VI.....	55
6.1 DISCUSIÓN .....	55
CAPÍTULO VII .....	58
7.1 CONCLUSIONES .....	58
7.2 RECOMENDACIONES .....	59
CAPÍTULO VIII .....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
CAPÍTULO IX.....	65
9.1 ANEXOS .....	65
9.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	65
9.3 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	66
9.4 ENCUESTA DE CALIDAD DE ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR (ECAAM).....	67
9.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación IMC para adultos mayores – OPS.....	33
Tabla 2: Interpretación de resultados de la circunferencia de pantorrilla .....	34
Tabla N° 3: Distribución de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha según edad y género.....	40
Tabla N° 4: Estado nutricional según diagnóstico de IMC de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha por rango de edad.....	41
Tabla N° 5: Estado nutricional según diagnóstico de IMC de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha según género. ....	41
Tabla N° 6: Estado nutricional según diagnóstico de circunferencia de pantorrilla de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha. ....	43
Tabla N° 7: Estado nutricional según diagnóstico de circunferencia de pantorrilla de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha según género.....	43
Tabla N° 8: Relación que existe entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1. ....	45
Tabla N° 9: Relación que existe entre la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 según género.....	45
Tabla N° 10: Relación que existe entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2.....	47
Tabla N° 11: Relación que existe entre la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 según género. ....	47
Tabla N° 12: Relación que existe entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación del adulto mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2).....	49
Tabla N° 13: Relación que existe entre la calidad de la alimentación del adulto mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2) según género. ....	49
Tabla N° 14: Relación que existe entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 y la edad. ....	51
Tabla N° 15: Relación que existe entre “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 y la edad. ....	52
Tabla N° 16: Relación que existe entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 y el diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla. ....	52
Tabla N° 17: Relación que existe entre “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 y el diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla. ....	53

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Procedimiento para toma de talla a personas adultas mayores.....	31
Ilustración 2: Ecuación predictiva para el peso y la talla utilizando cinta métrica (Chumlea) .....	31
Ilustración 2: Distribución de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha según edad y género.....	40
Ilustración 3: Diagnóstico Nutricional según IMC por rango de edad.....	41
Ilustración 4: Diagnóstico Nutricional de IMC según género .....	42
Ilustración 5: Diagnóstico Nutricional según Circunferencia de Pantorrilla por rango de edad. ....	43
Ilustración 6: Diagnóstico Nutricional según IMC según género .....	44
Ilustración 7: Relación que existe entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 .....	45
Ilustración 8: Relación que existe entre la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 según género.....	46
Ilustración 9: Relación que existe entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2.....	47
Ilustración 10: Relación que existe entre la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 según género. ....	48
Ilustración 11: Relación que existe entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación del adulto mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2).....	49
Ilustración 12: Relación que existe entre calidad de la alimentación del adulto mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2) según género. ....	50
Ilustración 13: Relación que existe entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 y la edad. ....	51
Ilustración 14: Relación que existe entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 2 y la edad. ....	52
Ilustración 15: Relación que existe entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 y el diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla. ....	53
Ilustración 16: Relación que existe entre “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 y el diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla.....	54

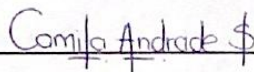
## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

---

Camila Krupskaia Andrade Sánchez en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "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", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de julio de 2022.



Camila Krupskaia Andrade Sánchez

CI: 010534402-2



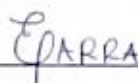
## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

---

Daniela Estefanía Parra Coronel en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "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", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de julio de 2022.



---

Daniela Estefanía Parra Coronel

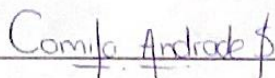
Ci: 010721102-1

## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

---

Camila Krupskaia Andrade Sánchez, autora del trabajo de titulación "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", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 15 de julio de 2022.



Camila Krupskaia Andrade Sánchez

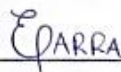
CI: 010534402-2

## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

---

Daniela Estefanía Parra Coronel, autora del trabajo de titulación "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", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 15 de julio de 2022.



---

Daniela Estefanía Parra Coronel

CI: 010721102-1

## AGRADECIMIENTO

Un sincero y profundo agradecimiento a nuestra querida docente, directora y asesora de tesis Lcda. Nathy Sánchez Peralta, por su buena disposición, orientación y apoyo incondicional durante la ejecución de este proyecto, pero sobre todo por confiar en nuestras capacidades.

Al Centro de Salud UNE -Totoracocha, a la Dra. Adriana Capelo Directora (E), TAPS Cristina Uriarte y personal de estadística por las facilidades brindadas para la culminación de nuestra investigación.

Agradecemos a la Universidad de Cuenca por ser la sede de todo el conocimiento adquirido en estos años.

A nuestras amigas y futuras colegas Pazi y Patty por acompañarnos día a día, brindándonos su cariño y apoyo y demás compañeros y amigos que la universidad nos dio la oportunidad de conocer y que fueron parte de este proceso.

Y un especial agradecimiento a la Lcda. Carmen Pazán Torres, Mgst. por inspirarnos con sus conocimientos, guiarnos con cariño y paciencia en este escalón de formación profesional.

## DEDICATORIA

A mis padres Jorge y Krupskaia por su apoyo incondicional, por alentarme y sostenerme siempre.

A mi hermana Renata por su paciencia y motivación constante.

A mis abuelitas Carmita, Angelita (+), abuelito Saúl, tías, primos y prima, por confiar en mi para culminar esta meta y motivarme a seguir preparándome.

A mi amiga incondicional y compañera de tesis, Dann, con la que hemos atravesado varios altibajos a lo largo de este camino, porque nos costó, pero lo logramos.

**CAMILA.**

## DEDICATORIA

A Dios que se encargó de ponerme en este largo caminar, me mantuvo de pie a pesar de las adversidades y me permitió llegar a la meta.

A mis padres Claudio y Mercedes por su inmenso amor y paciencia ya que, con su ejemplo y sabiduría, fueron el apoyo constante en todos los días de este caminar.

A mis hermanos Bryand, Pamela, Daniel y Mateo por llenar mi vida de alegría y ser los seres humanos más incondicionales con los que sé que podré contar toda mi vida.

A mis queridas Marcia, Diana y Pauli quienes están presentes en todo momento, animándome con sus ocurrencias, apoyándome con sus consejos y sobre todo por el cariño.

A mis abuelitos Alfonso, Carmela (+), Enrique (+) y Aida por su conocimiento, por confiar en mí y por permanecer siempre en mi corazón.

A mi amiga incondicional y compañera de tesis Cami, ¡We did it!, que la vida nos de muchos momentos juntas y lleguemos muy lejos.

A mis amigas Angie y Dianita, a mis preciosos Max, Arya y Jack, a mi Crossfit Team, a mis docentes, compañeros y amigos, por ser un soporte en los momentos que se necesita, demostrando que siempre que hay seres que son luz en nuestro camino.

**Con cariño, Daniela.**

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida, definida por la OMS - 1994 como la, “... *percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones*”, incluye 4 dimensiones: a) salud física, b) psicológica, c) relaciones sociales y el d) medio ambiente, están directamente comprometidos con la ingesta alimentaria y el estado nutricional de la población adulta mayor. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a toda persona que supera los 60 años de edad, sin embargo, el Estado Ecuatoriano considera como adulto mayor a los “ciudadanos y ciudadanas que tienen de 65 años en adelante”.

En el 2017, la OMS anuncia que “*La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%*”, la OMS-2018 publica que la población mundial de adultos mayores de 65 años corresponde a un 12%, encontrándose en Latinoamérica un 9% y en Ecuador, según datos registrados por el INEC 2018, de la población total, el 6,5% son adultos mayores. Esta situación que cobra relevancia para que las políticas públicas dirijan más y mejores esfuerzos hacia este sector poblacional, toda vez que en envejecimiento involucra en mayor medida a la población adulta mayor, en las cuatro dimensiones de la calidad de vida señaladas en párrafos anteriores: salud física, psicológica, social y medio ambiente (2) (3) (4) (5) (6)

En América Latina y el Caribe, el incremento de la población adulta mayor es notable; se estima una proyección del 11% (actualmente) al 25% dentro de 35 años. Estas cifras vienen acompañadas de nuevos retos para la Salud Pública, puesto que implican tomar mejores decisiones para afrontar las necesidades de desarrollo normal de las actividades de los adultos mayores y sus cuidados, y con esto evitar el incremento de la vulnerabilidad y exclusión social de los adultos mayores. (7)

Las personas de 60 años de edad o mayores, si bien son considerados como un grupo etario de alta vulnerabilidad, puede continuar realizando aportaciones valiosas a la

sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo, sin embargo, a medida que se envejece aumentan las probabilidades de aparición de problemas físicos y mentales, derivados de factores biológicos (físicos), psicosociales y ambientales. (6)

Los cambios en el proceso de envejecimiento que inciden en el estado nutricional y la alimentación de la población adulta mayor incluyen los factores físicos: problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad, déficit mental, deterioro sensorial e hipofunción digestiva. Dentro factores psicosociales, sobresalen la pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida, soledad, depresión y anorexias; a los que se suman los factores ambientales de formas de convivencia. Las personas que conviven con sus familias, no suelen presentar mal- nutrición, pero si riesgo de malnutrición. (8)

La encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), llevada a cabo en Ecuador en 2009-2010, revelan que los adultos mayores según el diagnóstico de índice de masa corporal presentan 39,5% sobrepeso, 38,3% normopeso, 19,5% obesidad y el 2,7% bajo, teniendo como resultado global el 61,7% de la población de adultos mayores en Ecuador con malnutrición, considerándola como una problemática importante debido a que el desequilibrio entre la ingesta y los requerimientos nutricionales de cada persona provocan problemas, ya sea por déficit (desnutrición), o por exceso (sobrepeso u obesidad), mismos que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad. (9) (10)

La adecuada valoración del estado nutricional permite la detección precoz y oportuna de una malnutrición, identificando situaciones de riesgo y causas posibles, para posteriormente poder diseñar planes de actuación individual y el desarrollo de propuestas de intervención o de apoyo a los proyectos institucionales en los ámbitos de prevención primaria, secundaria o terciaria. (10)

En esta línea se inscribe este estudio, para determinar la ingesta alimentaria habitual de 100 adultos mayores que acuden al Centro de Salud-UNE y el impacto en su estado nutricional, aplicando los criterios y parámetros la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM), y los procedimientos de la Valoración



Antropométrica/Nutricional: medidas antropométricas (peso, talla, IMC, circunferencia de pantorrilla). (11)

## 1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En el área de la Nutrición, cuyo objeto de estudio se basa en mantener una adecuada alimentación que brinde una correcta nutrición al organismo permitiéndole cubrir las necesidades básicas y biológicas, mantener y mejorar la salud, prevenir enfermedades ligadas a una alimentación desequilibrada, que va más allá de considerar a la situación nutricional como un hecho meramente biológico individual, sino más bien una situación integral y colectiva. En la práctica profesional las metas concretas y medibles en un plazo determinado de tiempo siempre deben sustentarse bajo directrices del objetivo general.

Actualmente, al igual que en otras disciplinas del campo de la salud, los cambios demográficos socio-económicos y políticos, van configurando nuevos escenarios de vida, con nuevos estilos de vida, de producción y consumo que provocan el incremento de enfermedades asociadas a estados de privación biológica o carenciales. El incremento de patologías relacionadas con la alimentación no solo se relaciona con la falta o una inadecuada educación, sino también socio-política. (6) (12)

En la población adulta mayor, con sus especificidades propias del proceso de envejecimiento biológico, el deterioro del estado nutricional afecta negativamente en la calidad de vida, al bienestar y al mantenimiento de la funcionalidad física y cognitiva, incrementando la morbimortalidad, el uso de los servicios de salud, estancia hospitalaria y por ende el costo por salud. Por ello es imperativo promover y mantener un estado nutricional adecuado que potencien la conservación de la autonomía y sobrevivencia digna de la población adulta mayor. (13)

Desde la mitad del siglo XX en adelante, se la identifica a la malnutrición en los adultos mayores cobra importancia como problema de salud pública, debido a que aumenta la morbimortalidad. En América Latina la alta prevalencia de malnutrición por exceso genera de igual manera un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. (14) (15)

En Latinoamérica, se encuentra la siguiente información estadística, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT - 2012; en México el 6,9% presenta desnutrición, 42,4% sobrepeso y el 28,3% obesidad, en la ciudad de Chillán, Chile, en un estudio realizado en el año 2016 se encontró que tanto hombres como mujeres presentan un estado nutricional normal, correspondiente al 56,5% y 51,6% respectivamente, no obstante, el mayor porcentaje de obesidad se evidenció en hombres en un 39,1% y de sobrepeso en las mujeres el 28,4%. En Perú, una publicación del 2015 del Ministerio de Salud, de acuerdo al informe técnico “Estudio nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013”, indica que el 21,4% de esta población presenta sobrepeso y el 11,9% obesidad. En el mismo año, el estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) Colombia, determinó que el 2,2% de la población de personas adultas mayores presenta malnutrición, cerca de la mitad están en riesgo de malnutrición, y en Ecuador la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, 2012 determinó un 15% de adultos mayores con sobrepeso y un 17% con obesidad. (15) (16) (17) (18) (19)

A nivel local, el estudio denominado “Desnutrición en el adulto mayor en Cuenca – Ecuador en el año 2017”, que evaluó la zona central de la ciudad de Cuenca, estableció una prevalencia de riesgo de desnutrición del 66%, estado nutricional normal equivalente al 13% y la desnutrición se presentó en el 21%, con mayor riesgo de desnutrición en el género femenino. En Quito, un año más tarde un estudio similar en adultos mayores ingresados en el Hospital N°1 de la Policía Nacional, el 79% se encuentran en riesgo de desnutrición, el 16.1% desnutrición y solamente el 4.8% podían considerarse bien nutridos. (20) (21)

La alimentación a lo del tiempo ha presentado cambios significativos en su aporte nutricional, llevando a que las dietas cada vez tengan menor cantidad de nutrientes esenciales, esto debido a que se ha incrementado el consumo de alimentos procesados con elevado contenido de grasas saturadas, azúcares simples y sodio, provocando trastornos alimentarios que conllevan una doble cara de malnutrición en los diferentes grupos etarios. (22)

Frente a esta problemática, y a pesar de la disponibilidad de mucha información y estudios sobre la malnutrición en adultos mayores a nivel mundial, de Latinoamérica

y en el Ecuador, las Políticas Públicas son muy limitadas; por ejemplo dentro del Plan Nacional de Desarrollo al 2021, únicamente existen metas enfocadas al grupo poblacional de niños menores de 2 años y niños menores de 5 años orientadas únicamente a la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica, dejando de lado el resto de estados nutricionales inadecuados que afectan a las niñas y niños ecuatorianos. (23)

En lo relacionado con la población adulta mayor, de interés de este estudio, la intervención denominada “Mis mejores años” que busca precautelar y garantizar el bienestar de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, en función de otorgándoles una vida digna y saludable, sin embargo, no se definen acciones enfocadas a la nutrición. Así mismo, de los 36 indicadores del “Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2028”, el lineamiento estratégico N° 3, línea de acción 3.4 referida a “Asegurar atención integral en salud y nutrición de los grupos prioritarios en todo el curso de vida y en todos los niveles de atención”, cuyo indicador es la “Cobertura de la prestación de consejería en alimentación y nutrición para adolescentes, adultos y adultos mayores con sobrepeso y obesidad”, tiene como actividades la entrega de consejería nutricional periódica y seguimiento a adolescentes, adultos y adultos mayores con sobrepeso y obesidad, donde de igual manera no se realizan acciones para evitar desnutrición en adultos mayores. (23)

Por lo antes mencionado surge la interrogante que este trabajo pretende resolver: ¿Los hábitos alimentarios determinan los estados nutricionales óptimos o malnutriciones en la población adulta mayor entre 65 a 75 años atendidos en el Centro de Salud UNE – Totoracocha? Cuenca 2022.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Considerando que, en nuestro país de la población total, el 6.5% o sea 1.049.824 personas, son adultos mayores, cifra que a finales del año 2020 mostró un incremento a un 7.4% y para el 2054 se prevé contar con un 18%. De este porcentaje el 45% de los adultos mayores se encuentran en niveles de pobreza y viven en sectores rurales donde el acceso a los alimentos es deficiente, generando así que los adultos mayores tengan deficiencias nutricionales significativas por el bajo abastecimiento de alimentos junto con el incremento del costo de los mismos, como lo señalan los datos

# UCUENCA

de estudios realizados en centros geriátricos como “Hogar Miguel León” y “Cristo Rey”, en la ciudad de Cuenca, en los que aproximadamente el 61.2% de los adultos mayores presentan malnutrición. (5) (24)

Por lo expuesto, la relevancia de este estudio es social por el aporte que va a dar al Centro de Salud UNE - Totoracocha, para retroalimentar o reorientar acciones específicas con el grupo de personas adultas mayores que asisten al mismo, aspecto que va a redundar en el mejoramiento de la calidad de atención a sabiendas de que, de la forma en la que se viva esta etapa dependerá mucho la calidad de vida y la sensación de bienestar que tenga para el mantenimiento de la autonomía y salud mental.

Por otro lado, esta investigación, tiene relevancia académico-profesional como un estímulo para fomentar las investigaciones locales y en grupos de interés concretos que promuevan acciones oportunas y más eficientes en prevención primaria, secundaria y terciaria, considerando el objeto de estudio de la Disciplina de la Nutrición, que trascienda el enfoque meramente biológico-individual. (25) (26)

## CAPÍTULO II

### 2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

Siendo la salud pública el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad, la atención integral de salud es la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las necesidades de salud de las personas, considerando las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la intervención multidimensional de un equipo multidisciplinario de salud. (27) (28)

En el ámbito específico de este estudio y del quehacer profesional, se basa en la valoración diagnóstica del estado nutricional y la dieta terapia con fines terapéuticos de acuerdo al diagnóstico y/o patologías asociadas. La Nutrición comunitaria es el conjunto de intervenciones vinculadas a la salud pública con el fin de potenciar y mejorar el estado nutricional de los grupos poblacionales, aplicando la base científica y procedimientos específicos del área de la nutrición a estudios de investigación para la toma de decisiones más adecuadas. (27)

El profesional de la nutrición es el nutricionista - dietista, que es quien se especializa en la nutrición humana; dentro de sus responsabilidades está la gestión de programas de prevención de problemas nutricionales, prescripción dieta-terapéutica, desarrollo de menús, promoción de alimentación saludable, atención y diagnóstico del estado nutricional, teniendo en cuenta las necesidades propias de cada persona apegándose a las realidades sociales, económicas y culturales de los diferentes individuos. (29)

La herramienta fundamental dentro del trabajo interdisciplinario es la valoración nutricional, y la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos, que permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo. (27) (30)

El ámbito de la Nutrición, los servicios preventivos consideran, según Krause: (31)

- Prevención primaria: Nutrición para el fomento de la salud y la prevención de enfermedades. Es importante combinar la alimentación sana con la actividad física.

- Prevención secundaria: Reducción del riesgo y el enlentecimiento de la progresión de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición para mantener la funcionalidad y la calidad de vida.
- Prevención terciaria: los cuidados/tratamientos respectivos a cada caso y la planificación al alta.

## 2.2 ADULTO MAYOR

Biológicamente con la edad se producen cambios importantes en la estructura corporal y en el funcionamiento. El fisiólogo Alberto Haller (1780), plantea que el envejecimiento no es similar de persona a persona, ni de órgano a órgano. Por lo que se puede hablar de un envejecimiento natural que no es patológico, pero que es de alto riesgo, y de un envejecimiento exitoso, que es de bajo riesgo y alta funcionalidad. (32)

## 2.3 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

La American Federation for Aging Research (Federación Estadounidense para la Investigación del Envejecimiento) afirma que ninguna teoría única puede explicar completamente los procesos complejos del envejecimiento. Los gerontólogos, aquellos que estudian el envejecimiento, tienen diversas teorías acerca de por qué envejece el cuerpo. (31)

- **Teoría del marcapasos:** El «reloj biológico» se establece en el nacimiento, corre durante un tiempo específico, disminuye de revoluciones con la edad y finaliza con la muerte. (31)
- **Teoría genética:** La esperanza de vida está determinada hereditariamente.
- **Teoría de la velocidad de vida:** Cada criatura viva tiene una cantidad finita de «materia vital» y, cuando se consume, el resultado es el envejecimiento y la muerte. (31)
- **Teoría del metabolismo del oxígeno:** Los animales con un metabolismo más alto probablemente tienen la esperanza de vida más corta. (31)

- **Teoría del sistema inmunitario:** Las células sufren un número finito de divisiones celulares que finalmente causan alteración de la regulación de la función inmunitaria, inflamación excesiva, envejecimiento y muerte. (31)
- **Teoría de enlaces cruzados/glucosilación:** Con el tiempo las proteínas, el ADN y otras moléculas estructurales del organismo forman uniones inapropiadas entre sí, o enlaces cruzados, lo que produce una disminución de la movilidad, la elasticidad y la permeabilidad celular. (31)
- **Teoría del deterioro por desgaste:** Los años de lesión de las células, tejidos y órganos finalmente pasan su peaje, deteriorándolos y finalmente causando la muerte. (31)
- **Teoría de los radicales libres:** La lesión aleatoria acumulada causada por los radicales de oxígeno hace que las células, tejidos y órganos dejen de funcionar lentamente. (31)
- **Teoría de la mutación somática:** Las mutaciones genéticas causadas por la radiación ionizante y otros factores se acumulan con la edad, haciendo que las células se deterioren y no funcionen adecuadamente. (31)

### 2.3.1 CARACTERÍSTICAS Y CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso biológico normal, que trae consigo diferentes cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, cognitivos, psicomotores y socioafectivos. La velocidad de cambio difiere entre los individuos y en los distintos sistemas orgánicos. Es importante distinguir entre los cambios normales propios del envejecimiento y los causados por una enfermedad. (31)

- **Cambios físicos, fisiológicos y biológicos:** Aumenta la posibilidad de manifestar enfermedades que afectan a los distintos sistemas del organismo, cambios en la composición corporal, aumento de la masa grasa, y disminución de la masa magra, la respuesta inmunitaria es más lenta y menos eficaz. El deterioro de los sentidos, principalmente del olfato y del gusto provocan que comer sea menos placentero. La dieta y la nutrición también pueden verse comprometidas a causa de una mala salud oral, derivado de la pérdida de piezas dentales o mal estado de las mismas, uso de dentadura y la xerostomía

(boca seca), puesto a que originarán dificultad para masticar y por consiguiente la pérdida del apetito. (28) (31)

- **Cambios psicológicos:** Los adultos mayores son propensos a presentar cambios anímicos como tristeza, melancolía y depresión, por la reducción del contacto social, soledad, demencia, necesidad de asistencia en el cuidado, entre otras. La depresión no tratada puede tener efectos secundarios serios, ya que puede exacerbar otras enfermedades médicas, pues en la depresión los placeres de la vida tienden a disminuir, incluido el de comer; todo esto origina disminución del apetito, pérdida de peso y fatiga. También pueden enfrentarse a circunstancias como falta de motivación para cocinar, pobreza o recursos limitados, incapacidad para ir de compras y preparar su comida, prácticas alimentarias no saludables transmitidas de generación en generación. La presencia o combinación de estas, incrementa la vulnerabilidad en los adultos mayores frente a la nutrición. (31) (33) (34)

Durante los años 2016 y 2018, los estudios “Envejecimiento y desigualdad de género” y “Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile”; afirman que, de la población de adultos mayores, las mujeres presentan mayor riesgo de depresión, menores oportunidades de educación, empleo y desarrollo personal a lo largo de sus vidas, teniendo menores posibilidades de adaptarse a las necesidades del envejecimiento. De igual manera en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento - Ecuador 2010, la prevalencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres. El bajo nivel de instrucción está vinculado a una mayor morbilidad y los bajos ingresos económicos a una mayor dificultad de adquirir alimentos, afectando directamente la calidad de vida de las mujeres adultas mayores y por lo tanto su estado nutricional. (9) (35) (36)

Un indicador que llama la atención en la encuesta SABE Ecuador, es la prevalencia de dificultades en realizar “Actividades Instrumentales de la Vida Diaria” (AIVD), refiriéndose a estas cómo “...actividades que facilitan al individuo adaptarse a su entorno para llevar una vida independiente en la comunidad”; y al relacionarlas con el género, se afirma que existe mayor dificultad de preparar la comida en mujeres (6.3%) que en hombres (3.6%), lo mismo ocurre con hacer las compras, mayor dificultad en mujeres adultas (12.9%) que en hombres de la misma edad (6.3%); siendo cómo se



mencionó anteriormente, factores que afectan directamente la ingesta alimentaria y por ende el estado nutricional de los adultos mayores predominando el género femenino. (9)

Todos estos cambios y factores pueden afectar significativamente la calidad de vida de las personas, pues el deterioro de salud, por carencias de energía, macronutrientes y micronutrientes, como vitaminas y minerales esenciales, influyen en el mantenimiento de un buen estado nutricional y por ende la buena función inmunitaria. (28) (31) (37)

## **2.4 NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos animales y vegetales absorben los nutrientes de los alimentos necesarios para el funcionamiento y el mantenimiento de las funciones vitales, conservando el equilibrio homeostático del organismo. La nutrición humana como ciencia investiga la relación entre los alimentos consumidos y la salud para preservarla y elevar los niveles de bienestar humano. (29)

El estado nutricional es el resultado del balance entre la ingesta alimentaria y el gasto calórico para cubrir las necesidades fisiológicas, la presencia de desbalances en esta condición se denomina desnutrición, sobrepeso u obesidad y las causas que desencadenan estos problemas nutricionales pueden ser: desnutrición calórico – proteica, carencias de micronutrientes y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. (38) (39)

### **2.4.1 NECESIDADES NUTRICIONALES EN EL ADULTO MAYOR**

A medida que el organismo envejece, los requerimientos energéticos y nutrimentales cambian; las necesidades energéticas disminuyen en la vejez debido a que el metabolismo basal es menor y la actividad física es infrecuente. Por lo que dentro de la valoración nutricional es necesario considerar los siguientes aspectos: (31)

#### **a) Energía**

En la valoración de las necesidades calóricas se aplica la ecuación de energía de Mifflin-St. Jeor o las tablas de ingesta diaria recomendada (IDR) que utiliza calorías específicas según género, recomendando 3.067 kcal/día para hombres y 2.403/día

para mujeres de 18 años. Esta misma aplicada para los adultos mayores sanos hombres debe disminuirse 10 kcal/día y para mujeres 7 kcal/día por cada año de edad mayor de 19 años, considerando que la tasa metabólica basal disminuye con la edad y los cambios en la composición corporal, disminuyendo ~3% cada década. (31)

## **b) Proteínas**

La ingesta diaria recomendada (IDR) de proteínas en los adultos mayores puede variar entre 1 g/kg hasta 1,2 g/kg de peso al día, a diferencia de los adultos mayores con afectación renal o diabetes de larga evolución en donde la recomendación es de 0,8 a 1 g/kg de peso al día, distribuida uniformemente sin que una única porción exceda los 30gr. (31)

## **c) Hidratos de carbono**

La recomendación para adultos mayores sanos es del 45 - 65% provenientes de carbohidratos complejos como legumbres, verduras, semillas enteras, y frutas; se recomienda además el consumo de fibra de 30gr para hombres y 21 gr para mujeres, mismo que interviene en estimular la eliminación intestinal para evitar el estreñimiento que puede resultar un serio problema en muchos pacientes. (31)

## **d) Lípidos**

Los lípidos proporcionan el 20-35% de las calorías totales. Este grupo en general no debe ser restringido, pues una dieta con restricción de lípidos altera el sabor, la textura y el disfrute de los alimentos. Se debe enfatizar en la elección adecuada del tipo de grasas de la dieta, destacando los beneficios del consumo de “grasas saludables” como omega 3, monoinsaturadas y poliinsaturadas, presentes en los aceites vegetales, pescados, frutos secos, etc; y eliminar las “grasas no saludables” como las saturadas y trans presentes en mantecas, mantequillas y comida chatarra, etc. (31)

## **e) Vitaminas y minerales**

La deficiencia de estos micronutrientes puede aumentar debido en primer lugar a la baja ingesta y a los diversos cambios fisiológicos propios, por lo que se recomienda el

consumo de alimentos enriquecidos, reforzados o fortificados. Las recomendaciones para adultos mayores son: (31)

- **Vitamina B12:** 2,4 mg.
- **Vitamina D:** 600-800 UI
- **Folato:** 400 µg
- **Calcio:** 1.200 mg
- **Potasio:** 4.700 mg, se puede cubrir las recomendaciones a partir de los alimentos, principalmente de frutas y verduras.
- **Sodio:** 1.500 mg
- **Zinc:** En hombres 1 mg y en mujeres 8 mg, motivar a consumir carnes magras, ostras, productos lácteos, arvejas, maní, otros frutos secos y semillas.

## f) Agua

Lograr una hidratación adecuada puede resultar problemático, debido a que en los adultos mayores existe disminución de la ingesta de líquidos, disminución de la función renal, aumento de las pérdidas por incremento de gasto urinario por medicamentos (laxantes, diuréticos), alteración de la sensación de sed, temor a la incontinencia y la dependencia de los demás para conseguir las bebidas. La deshidratación a menudo no se reconoce y puede presentarse como caídas, confusión, cambios del nivel de conciencia, debilidad o cambio del estado funcional o fatiga, por lo que la ingesta de líquidos debe ser de al menos 1.500 ml/día o de 1 ml por caloría consumida. (31)

## 2.5 MALNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La malnutrición es el desequilibrio que existe entre la ingesta y los requerimientos nutricionales, propios de cada persona y puede ser por déficit, desnutrición, o por exceso, sobrepeso u obesidad, mismos que aumentarán el riesgo de morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor. La malnutrición por defecto es uno de los problemas más prevalentes dentro de esta población. (10) (28)

# UCUENCA

La desnutrición se entiende como un estado patológico debido a una dieta insuficiente de uno o varios nutrientes esenciales o malabsorción de los alimentos, que a menudo no se diagnostica. En el adulto mayor se pueden identificar tres clases de desnutrición: (37)

- Calórica, produce pérdida muscular crónica generalizada y ausencia de grasa subcutánea;
- Proteica, proceso agudo en el que se disminuyen los depósitos de proteína visceral,
- Mixta, en la cual coexisten las dos anteriores.

A nivel de América Latina la prevalencia actual de bajo peso entre los adultos mayores es baja; las mujeres mayores de 65 años de edad tienen una probabilidad tres veces mayor de bajo peso que los hombres de la misma edad. (31)

Por otra parte, al sobrepeso y la obesidad se define como el exceso de tejido adiposo o grasa corporal, resultante del desequilibrio entre una ingesta excesiva y un bajo gasto energético, conduciendo a riesgos aumentados sobre la salud humana, asociándose a diferentes tipos de enfermedades crónicas no transmisibles.(17)

La malnutrición aumenta la posibilidad de desarrollar o empeorar enfermedades subyacentes. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología relaciona a la obesidad con riesgo cardiovascular alto, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, esteatosis hepática, apnea del sueño, reflujo gastroesofágico, insuficiencia venosa crónica y artrosis de articulaciones y riesgo de padecer cáncer de diversos orígenes. La desnutrición también está relacionada con diversas alteraciones como la sarcopenia (pérdida de masa muscular, en calidad y fuerza), disminución de la masa ósea, disfunción inmunitaria, anemia, dificultad para cicatrización y recuperación post quirúrgica, afeción del estado cognitivo, incremento del riesgo de institucionalización, mayor estancia hospitalaria, fragilidad, mortalidad; según lo afirma García T. y Villalobos J. (40) (41)

## 2.6 HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ADULTO MAYOR

Los hábitos alimentarios son comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados

# UCUENCA

alimentos o dietas en respuesta a las influencias sociales y culturales. El proceso de adquisición de los hábitos alimentarios comienza en la familia e inician en la infancia y van cambiando a medida que crecen, conforme pasan los años, los hábitos alimentarios son muy difíciles de cambiar. (42)

Los hábitos nutricionales saludables pueden prevenir ciertas enfermedades acompañado de ejercicio físico, mantener un peso saludable, hidratación adecuada y consumir una dieta sana y equilibrada basada en: (43)

- **Frutas:** 3 raciones. Consumirlas enteras, con cáscaras, no en jugos.  
**Leche y derivados:** 3 raciones por semana. Consumir lácteos descremados.
- **Frutos Secos:** 2 raciones por semana.
- **Carnes y derivados:** 2 a 3 raciones por semana, preferir carnes magras.
- **Pescados:** 4 a 5 raciones por semana.  
**Huevos:** 3 raciones completas por semana.
- **Legumbres:** 2 a 3 raciones por semana.

Una dieta saludable para un adulto mayor debe permitir un estado de salud óptimo, satisfacer las necesidades nutricionales de macro y micronutrientes, ser apetecible y mantener su peso estable. La distribución en los horarios de alimentación, deben estar contempladas en 5 o 6 raciones a lo largo del día, incluyendo todos los grupos de alimentos. (11) (44)

Los malos hábitos alimentarios, en cambio, son aquellos que no cubren las necesidades energéticas y que no se encuentran equilibrados en el consumo de azúcares, proteínas y grasas, donde además podrían destacar ciertos comportamientos como: (45)

- Consumir con frecuencia refrescos y bebidas industrializadas.
- Exceso del consumo de grasas saturadas, azúcares, alcohol.
- Baja ingesta de frutas y verduras.
- No realizar actividad física
- Ayunar o saltarse comidas.
- Exceder las porciones recomendadas de los diferentes grupos de alimentos.

## 2.7 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA NUTRICIONAL

La evaluación antropométrica nutricional de la persona adulta mayor comprende procedimientos técnicos a seguir en la atención integral de salud por el prestador de salud, para determinar el estado nutricional de este un grupo poblacional. (30)

Una adecuada valoración del estado nutricional permite la detección precoz y oportuna de malnutrición, para posteriormente poder diseñar un plan de acción adecuado que permita mejorar el estado nutricional. (10)

La valoración del estado nutricional consta de la toma de varias medidas antropométricas, donde las más utilizadas durante la consulta nutricional son: peso, talla, perímetros corporales y pliegues cutáneos. Actualmente no existen protocolos establecidos para la evaluación nutricional de los adultos mayores. (46) (47)

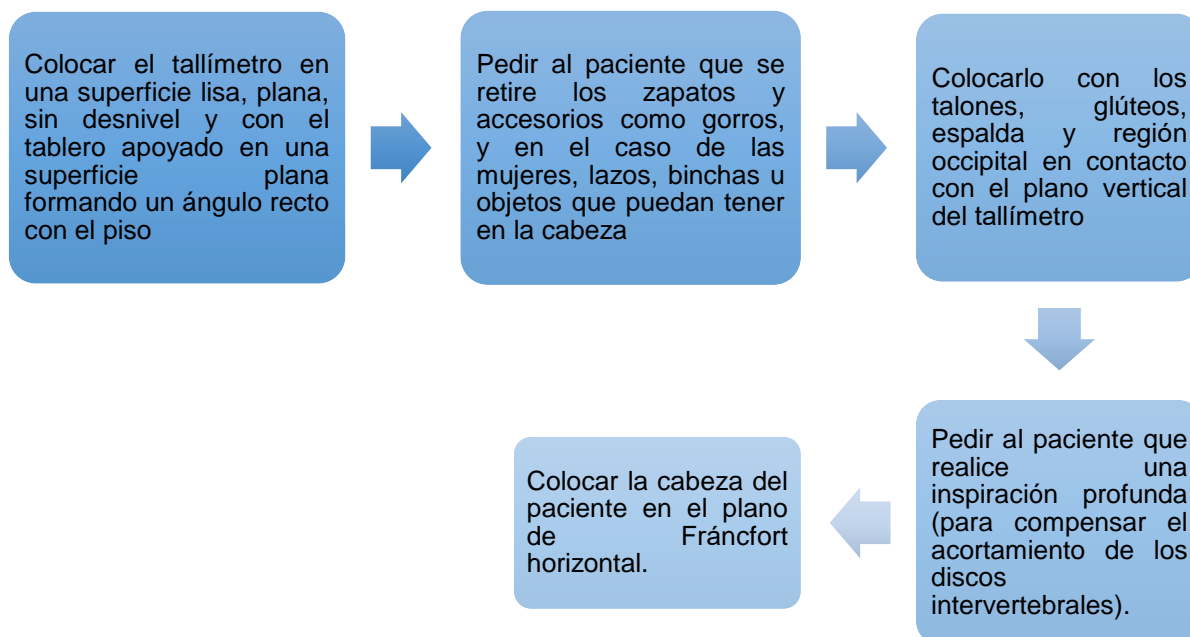
### Evaluación antropométrica

La evaluación antropométrica es un conjunto de medidas corporales de fácil obtención y bajo costo, que proporcionan información de carácter objetivo, detallado y certero que permite llevar un control en el tiempo, detección de anomalías y valoración del estado nutricional de forma individual de las personas, también ayuda a determinar el pronóstico de enfermedades crónicas y agudas, lo cual facilita la intervención. (46)

#### A. TALLA

Es un parámetro que proyecta el crecimiento de una persona, no obstante, en los adultos mayores existe una disminución de la talla en el tiempo, se estima que disminuye entre 0,5 a 1,5 centímetros por cada 10 años. Para la medición de la talla se utiliza el tallímetro. En la siguiente ilustración se detalla el procedimiento que se debe llevar a cabo para esta medición: (30) (47)

# UCUENCA



**Ilustración 1: Procedimiento para toma de talla a personas adultas mayores. (47)**

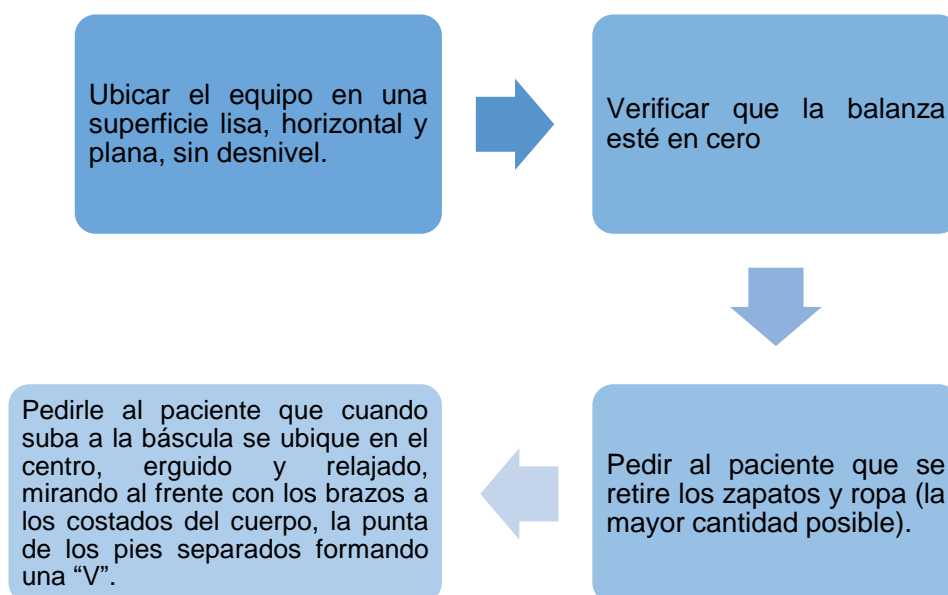
El valor de la talla puede cambiar en adultos mayores con problemas de movilidad, postrados, en silla de ruedas, imposibilidad para mantenerse de pie, encorvamiento de la columna vertebral o disminución del ancho de las vértebras, lo que dificultaría la obtención de la misma, siendo necesario la utilización de otros métodos como la medición de altura rodilla o la longitud de los brazos, pues estas no varían según la edad, ni con el paso del tiempo. Para la medición de la altura de rodilla, el paciente debe formar un ángulo de 90° con la rodilla, estar recostado o sentado y calcularlo utilizando una fórmula, diversos estudios afirman que el margen de error es menor si en la fórmula se incluye la edad del paciente, siendo la fórmula de Chumlea et al (1985) la más recomendada. (46) (47)

Fórmula altura rodilla-talón de Chumlea et al.
Para la talla del hombre = $(2,02 \times \text{altura rodilla}) - (0,04 \times \text{edad}) + 64,19$
Para la talla de la mujer = $(1,83 \times \text{altura rodilla}) - (0,24 \times \text{edad}) + 84,88$

**Ilustración 2: Ecuación predictiva para el peso y la talla utilizando cinta métrica (Chumlea) (48)**

## B. PESO

Es la medida más utilizada en la atención nutricional primaria, hospitalaria, ambulatoria e institucional, puesto que permite guiar las intervenciones nutricionales, dar pronóstico y determinar el estado nutricional, sin embargo, este marcador solo, no es de gran ayuda. Para la toma de peso se utilizan equipos denominados básculas o también conocidas como balanzas y es importante calibrarlas periódicamente con patrones de pesos conocidos previamente pesadas en balanzas certificadas, también se debe considerar que la superficie en la que los pacientes se suben debe ser lo suficientemente ancha para evitar caídas. En la siguiente ilustración se detalla el procedimiento que se debe llevar a cabo al momento de esta medición: (30) (46)



**Ilustración 3: Procedimiento para toma de peso a personas adultas mayores.**  
(30)

## C. Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC es la relación entre el peso y la talla de una persona y se obtiene mediante la aplicación de la fórmula "IMC = PESO / TALLA<sup>2</sup>". Esta medida ayuda a clasificar a la población en un estado nutricional determinado (bajo peso, normo peso, sobrepeso, obesidad). (46) (47)



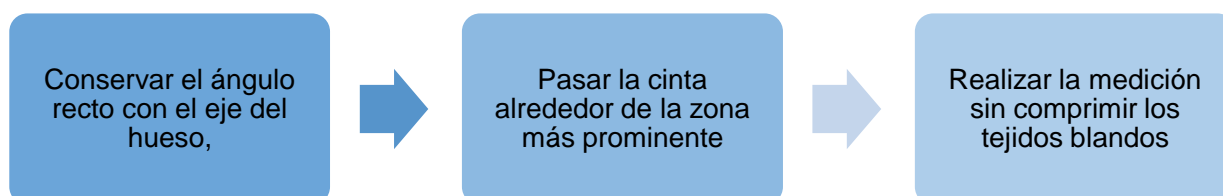
IMC (Clasificación de la OPS 2002)	
$\leq 23$	Bajo peso
$>23$ y $<28$	Normo peso
$\geq 28$ y $<32$	Sobrepeso
$\geq 32$	Obesidad

**Tabla 1: Clasificación IMC para adultos mayores – OPS (49)**

## D. CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA

Es una medición rápida, directa, precisa y fácil de medir que permite determinar déficit nutricional (sarcopenia y desnutrición) en el adulto mayor pues mientras menor sea la circunferencia de pantorrilla peor es el estado nutricional. (46)

No es una medición muy estudiada, por lo que actualmente su punto de corte no ha sido estandarizado, en España un estudio llevado a cabo por Emilia López et al, “la circunferencia de la pantorrilla como marcador rápido y fiable de nutrición en el anciano que ingresa en el hospital: relación con la edad y sexo del paciente” propone como punto de corte un valor  $< 29$  cm como marcador de desnutrición sin diferencia de género y edad; un valor  $< 31$  cm indicaría reservas proteicas disminuidas y  $\geq 31$  cm representa un estado nutricional normal en relación a este marcador. El instrumento a utilizar se denomina cinta antropométrica y debe ser flexible e inextensible. En la siguiente ilustración se detalla el procedimiento que se debe llevar a cabo al momento de esta medición: (46) (50)



**Ilustración 4: Procedimiento de toma de circunferencia de pantorrilla a personas adultas mayores. (46)**

CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA	
<29 cm	Desnutrición
< 31 cm	Reservas proteicas disminuidas
≥ 31cm	Normal

Tabla 2: Interpretación de resultados de la circunferencia de pantorrilla. (46)

## CAPÍTULO III

### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los adultos mayores según edad y sexo.
- Determinar el estado nutricional de los adultos mayores de cada grupo preestablecido a través de la evaluación antropométrica.
- Caracterizar los hábitos alimentarios -saludables y no saludables- que mantienen los adultos mayores a través de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM).
- Determinar la relación entre hábitos alimentarios y estado nutricional de los adultos mayores estudiados según edad, sexo y circunferencia de pantorrilla.

## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de alcance correlacional cuantitativo que se caracteriza por evaluar el grado de relación entre las variables (estado nutricional-hábitos alimentarios). Prospectivo de prevalencia porque evalúa el factor de riesgo (hábitos alimentarios) en 2 meses a partir de aprobado el protocolo de investigación.

#### 4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Centro de Salud del primer nivel de atención UNE – Totoracocha ubicado en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

#### 4.3 UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO

- **Universo:** 182 adultos mayores de 65-75 años atendidos en Centro de Salud del primer nivel de atención UNE – Totoracocha. Cuenca 2022 del Club “Primero Mi Salud”
- **Muestra:** Muestreo de conveniencia, conformado por 100 adultos mayores de 65-75 años atendidos en Centro de Salud del primer nivel de atención UNE – Totoracocha durante el periodo marzo 2022 – mayo 2022, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

#### 4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión:** Adultos mayores hombres y mujeres entre 65 y 75 años de edad, con o sin enfermedades crónicas que asisten al Club del Centro de Salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022
- **Criterios de exclusión:** Se excluyeron a los pacientes menores de 65 años y mayores de 75 años de edad cumplidos, pacientes con discapacidad física o motora y pacientes con discapacidad intelectual.

#### 4.5 VARIABLES

- **VARIABLES dependientes**
  - Estado nutricional
  - Hábitos alimentarios

- Circunferencia de pantorrilla
- **Variables independientes**
- Sexo
- Edad

## 4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### 4.6.1 MÉTODOS

Estudio de alcance correlacional cuantitativo que se caracteriza por evaluar el grado de relación entre las variables (estado nutricional-hábitos alimentarios). Prospectivo de prevalencia porque evalúa el factor de riesgo en el estado nutricional.

### 4.6.2 TÉCNICAS

Aplicación de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM) validada para América Latina, Evaluación Antropométrica (peso, talla, IMC, circunferencia de pantorrilla)

### 4.6.3 INSTRUMENTOS

- Formulario para recolección de datos elaborado por las autoras de acuerdo a las necesidades específicas de este estudio.
- Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM).

## 4.7 PROCEDIMIENTOS

### 4.7.1 AUTORIZACIÓN

Para la autorización de trabajar en el Centro de Salud UNE – Totoracocha se siguió el esquema a continuación:

- Se solicita la autorización del director de la Coordinación Zonal 6 de Salud, Dr. Julio Molina mediante un oficio.
- Se da a conocer tema, objetivos y actividades a realizar en la institución.

- Autorización aprobada por parte de la Coordinación Zonal y se procede a notificar a la Directora del Centro de Salud UNE – Totoracocha, Dra. Gabriela Guillén.

## **4.7.2 CAPACITACIÓN**

El equipo investigador se capacitó mediante la revisión bibliográfica en revistas científicas, tesis, publicación y libros actualizados de los temas tratados para llevar a cabo la investigación.

## **4.7.3 SUPERVISIÓN**

El estudio fue dirigido, supervisado, asesorado y revisado por la Lcda. María Nathalia Sánchez Peralta, directora del proyecto de investigación.

## **4.8 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

El procesamiento de la información recolectada, se realizó a través del levantamiento de una base de datos en el programa Microsoft Excel y SPSS v 18 (distribución gratuita). Para el análisis se aplicó la estadística descriptiva: distribución de frecuencias y medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y la presentación de datos a través de tablas y gráficos. Se relacionó variables nominales de la encuesta mediante frecuencias, tablas cruzadas y gráficos.

## **4.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Los procedimientos ejecutados son parte del proyecto de investigación “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”.

Los datos obtenidos se manejaron bajo absoluta reserva. A la base de datos tienen acceso las autoras, las autoridades y miembros del centro de salud. Los nombres de las pacientes no constan en la base de datos, para garantizar la confidencialidad de los pacientes. Así mismo para garantizar los derechos de los participantes se informó el objetivo y la contextualización del estudio, explicando de forma clara y concisa, las ventajas que proporciona esta investigación, siendo un proyecto voluntario para los adultos mayores.

## **Riesgo:**

- La revisión de datos (edad, residencia, evaluación antropométrica, estado nutricional) no ocasionó daño a la integridad física o psicológica de cada persona que formó parte de la población de estudio, puesto que su información personal no será revelada.

## **Beneficios:**

- El Centro de Salud UNE - Totoracocha tiene acceso a los resultados obtenidos luego del estudio, lo que permite encaminar nuevas estrategias de atención médico – nutricional en el grupo geriátrico, además de utilizar la información como base para estudios posteriores.
- El informe final no especifica los datos obtenidos por persona sino en conjunto y la correlación entre las variables estudiadas.

## CAPÍTULO V

### 5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

- **EDAD Y GÉNERO**

En el grupo de estudio constituido por 100 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud-UNE, el 39% se ubica en el grupo de edad de 65 a 67 años, disminuyendo este porcentaje progresivamente conforme se incrementa la edad, 9%. Predomina la población del género femenino (74%). La distribución de género y edad se puede observar en la siguiente tabla e ilustración.

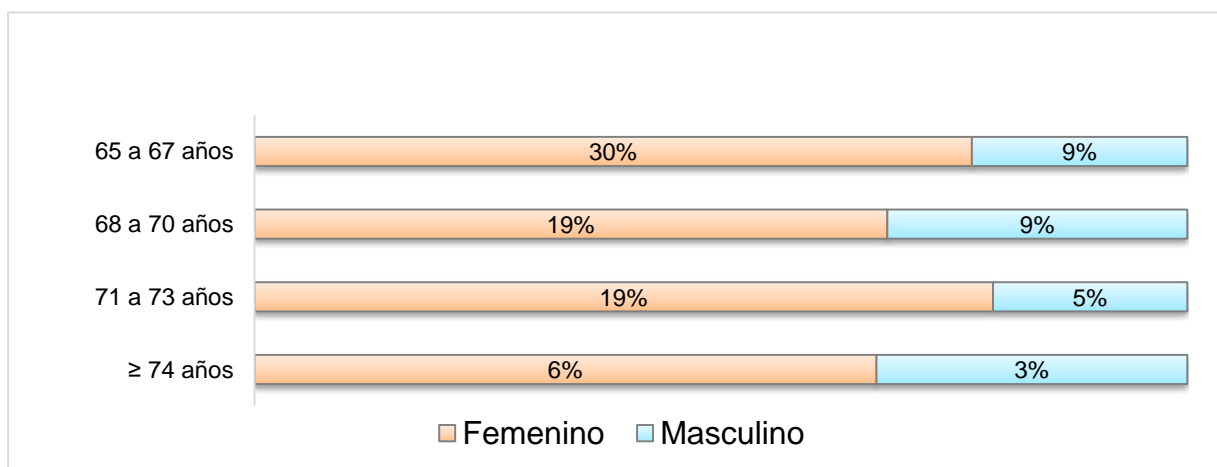
**Tabla N° 3: Distribución de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha según edad y género – Cuenca 2022**

Edad	Género		
	Femenino	Masculino	Total
De 65 a 67 años	30%	9%	39%
De 68 a 70	19%	9%	28%
De 71 a 73 años	19%	5%	24%
De 74 en adelante	6%	3%	9%
<b>Total</b>	<b>74%</b>	26%	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 2: Distribución de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha según edad y género – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela



- ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN ÍNDICE DE MASA MUSCULAR (IMC)

Como se advierte en la tabla N°4 e ilustración N°3, la mayoría se encuentra dentro de la normalidad del IMC correspondiendo al 44% de la población estudiada, sin embargo, es importante destacar que el 38% de la población presenta sobrepeso.

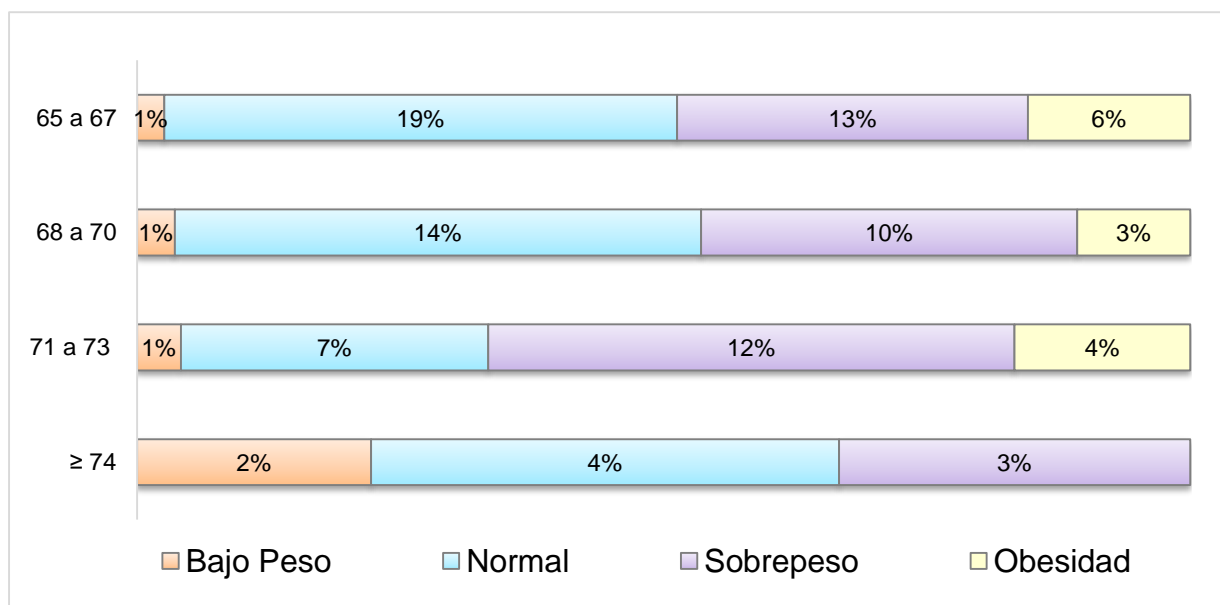
**Tabla N° 4: Estado nutricional según diagnóstico de IMC de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha por rango de edad – Cuenca 2022**

Edad	% Diagnóstico Nutricional según IMC				Total
	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad	
De 65 a 67 años	1%	19%	13%	6%	39%
De 68 a 70	1%	14%	10%	3%	28%
De 71 a 73 años	1%	7%	12%	4%	24%
De 74 en adelante	2%	4%	3%	0%	9%
<b>Total</b>	5%	<b>44%</b>	<b>38%</b>	13%	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 3: Diagnóstico Nutricional según IMC por rango de edad – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

# UCUENCA

En la siguiente tabla e ilustración se puede observar la relación del diagnóstico nutricional por índice de masa corporal y género, en el que se destaca el dato de normalidad más alto (58%) en las personas del género masculino a diferencia del género femenino en el que hay un predominio de personas con sobrepeso (41%).

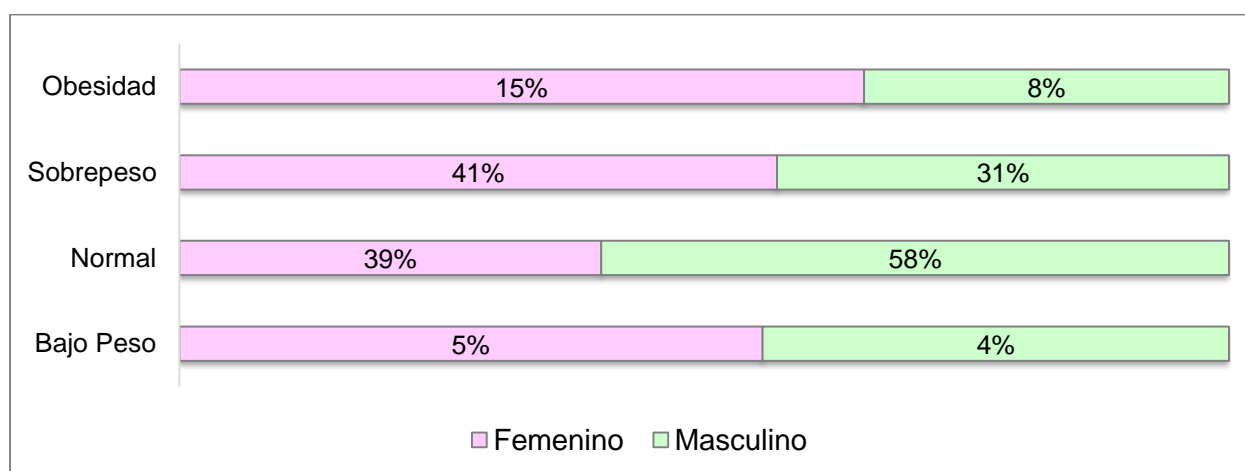
**Tabla N° 5: Estado nutricional según diagnóstico de IMC de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha 74 mujeres (100%) y 26 varones (100%) según género – Cuenca 2022**

Género	Diagnóstico Nutricional según IMC									
	Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Femenino</b>	4	5%	29	39%	30	41%	11	15%	74	100%
<b>Masculino</b>	1	4%	15	58%	8	31%	2	8%	26	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 4: Diagnóstico Nutricional de IMC según género – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

Camila Krupskai, Andrade Sánchez  
Daniela Estefanía, Parra Coronel

## • ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA

Según la evaluación del perímetro de pantorrilla el 97% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal y el 2% tiene sus reservas proteicas disminuidas. Es importante también destacar que el 1% de la población se encuentra con un estado nutricional equivalente a desnutrición, ya que los resultados de la medición nos indican que existe depleción muscular; como se observa en la siguiente tabla e ilustración.

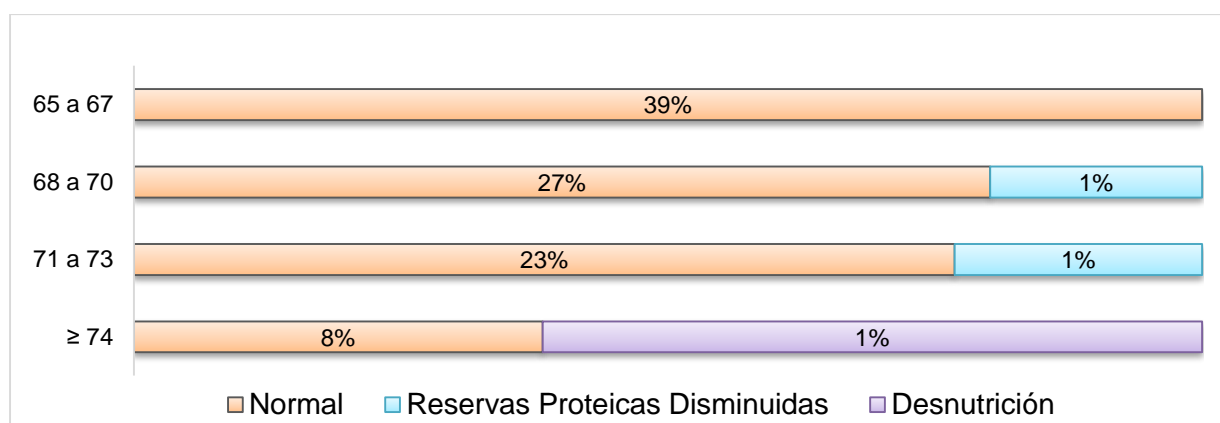
**Tabla N° 6: Estado nutricional según diagnóstico de circunferencia de pantorrilla de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracochoa – Cuenca 2022**

	% Diagnóstico Nutricional según Circunferencia de Pantorrilla			
<i>Edad</i>	Normal	Reservas Proteicas Disminuidas	Desnutrición	Total
<i>De 65 a 67 años</i>	39%	0%	0%	39%
<i>De 68 a 70</i>	27%	1%	0%	28%
<i>De 71 a 73 años</i>	23%	1%	0%	24%
<i>De 74 en adelante</i>	8%	0%	1%	9%
<b>Total</b>	<b>97%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 5: Diagnóstico Nutricional según Circunferencia de Pantorrilla por rango de edad – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

Al relacionar el diagnóstico nutricional por circunferencia de pantorrilla según género, se observa que existe un estado nutricional normal en ambos géneros correspondiente a 98% para género femenino y 96% para género masculino. Es importante mencionar que, de acuerdo a los criterios de valoración del instrumento aplicado en esta investigación, indicaría, la presencia de un diagnóstico de reservas proteicas disminuidas, puesto que se presentan modificaciones en la masa magra, como se observa en la siguiente tabla e ilustración.

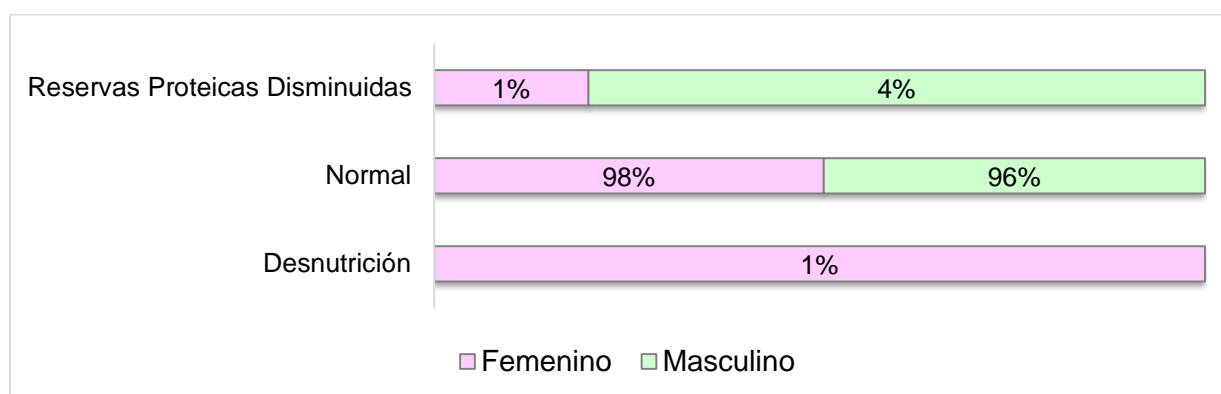
**Tabla N° 7: Estado nutricional según diagnóstico de circunferencia de pantorrilla de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha 74 mujeres (100%) y 26 varones (100%) según género – Cuenca 2022**

Diagnóstico Nutricional según Circunferencia de Pantorrilla								
Género	Desnutrición		Normal		Reservas Proteicas Disminuidas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Femenino</b>	1	1%	72	98%	1	1%	74	100%
<b>Masculino</b>	0	0%	25	96%	1	4%	26	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 6: Diagnóstico Nutricional según IMC según género – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

## • HÁBITOS ALIMENTARIOS

La calidad de la alimentación en el grupo estudiado, se analizó dividido en 2 ítems, que evalúan los hábitos alimentarios saludables (Ítem 1), los hábitos alimentarios no saludables (Ítem 2) y la sumatoria de los 2 nos da como resultado la calidad de la alimentación del adulto mayor clasificada como “Buena” o “Mala”.

Los datos obtenidos evidencian que el 76% presenta una mala calidad en su alimentación. Según el diagnóstico nutricional obtenido a través del IMC, el 31% de la población en estudio no presenta hábitos alimentarios saludables lo cual está íntimamente relacionado con el estado nutricional de sobrepeso, como se observa en la siguiente tabla e ilustración.

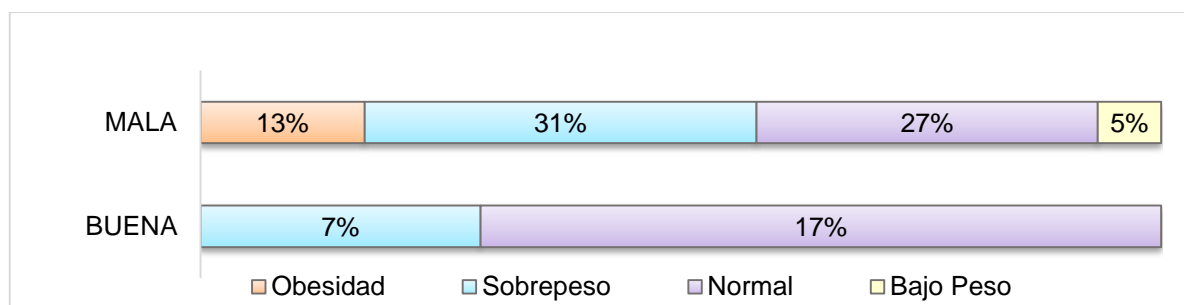
**Tabla N° 8: Relación entre el diagnóstico nutricional según IMC y la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha – Cuenca 2022**

<i>Diagnóstico Nutricional según IMC</i>	<b>Hábitos alimentarios saludables ÍTEM 1</b>		
	<b>Buena</b>	<b>Mala</b>	<b>Total</b>
<b>Bajo Peso</b>	0%	5%	5%
<b>Normal</b>	17%	27%	44%
<b>Sobrepeso</b>	7%	<b>31%</b>	38%
<b>Obesidad</b>	0%	13%	13%
<b>Total</b>	24%	<b>76%</b>	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 7: Relación entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

En cuanto a los hábitos alimentarios saludables, que mantiene el grupo de estudio, se evidencia que, tanto los adultos mayores del género masculino y femenino no tienen buenos hábitos alimentarios, debido a que el porcentaje de malos hábitos alimentarios supera la mitad de la muestra total, teniendo como resultado en el género femenino el 80% y en el género masculino el 65%, como se observa en la siguiente tabla e ilustración.

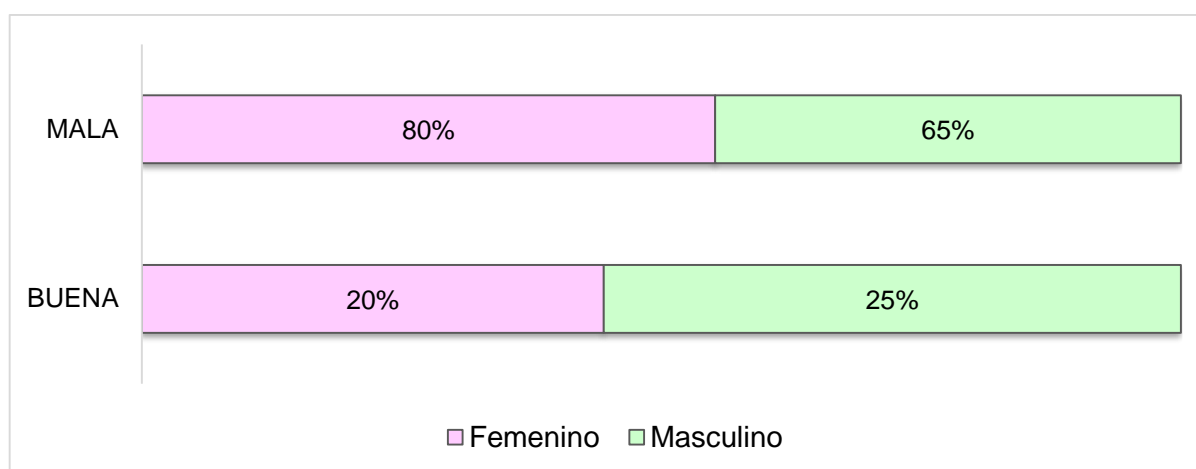
**Tabla N° 9: Relación entre la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 según género de los adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha - 74 mujeres (100%) y 26 varones (100%) según género – Cuenca 2022**

Género	Hábitos alimentarios saludables ÍTEM 1					
	BUENA		MALA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	15	20%	59	80%	74	100%
Masculino	9	35%	17	65%	26	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 8: Relación entre la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 según género – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

Estos datos muestran que no existe diferencia significativa de hábitos alimentarios no saludables, pues destaca el 66% de la población con buenas prácticas de alimentación, frente al 34% que muestra mala calidad de alimentación con hábitos alimentarios no saludables.

Del 66% que tiene buenas prácticas de alimentación, el 36% tiene un IMC normal y un 22% sobrepeso, cómo se observa en la siguiente tabla e ilustración.

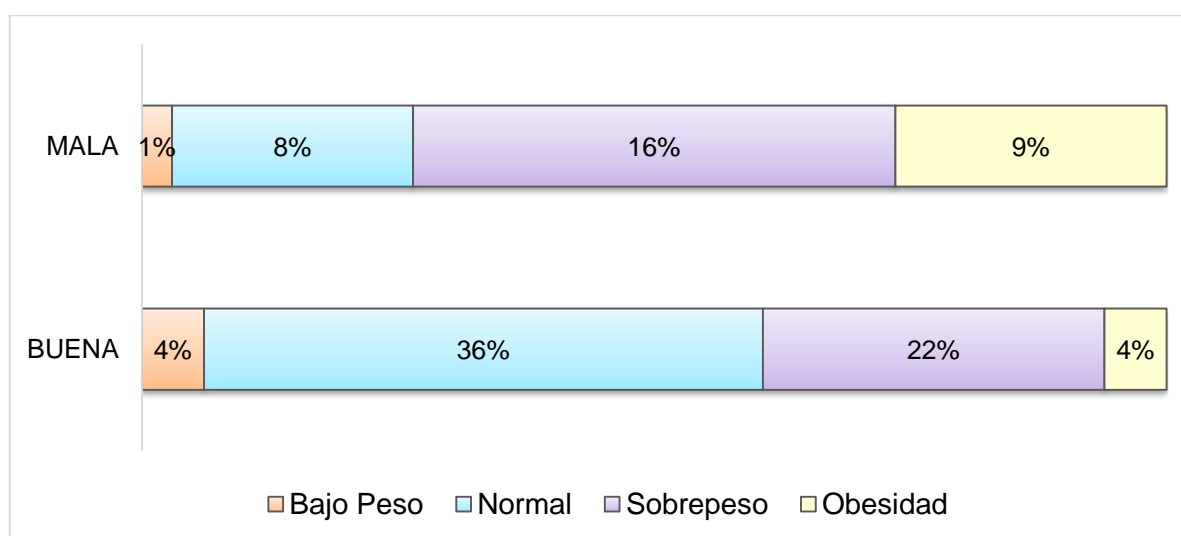
**Tabla N° 10: Relación entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha – Cuenca 2022**

<i>Diagnóstico Nutricional según IMC</i>	<b>Hábitos alimentarios no saludables ÍTEM 2</b>		
	<b>BUENA</b>	<b>MALA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Bajo Peso</b>	4%	1%	5%
<b>Normal</b>	36%	8%	44%
<b>Sobrepeso</b>	22%	16%	38%
<b>Obesidad</b>	4%	9%	13%
<b>Total</b>	66%	34%	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 9: Relación entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

# UCUENCA

Se observa que ambos géneros no practican hábitos alimentarios no saludables, teniendo como resultado el 73% para género masculino y 64% para género femenino; mientras que el 27% del género masculino y 36% del género femenino tienen hábitos alimentarios no saludables, cómo se observa en la siguiente tabla e ilustración.

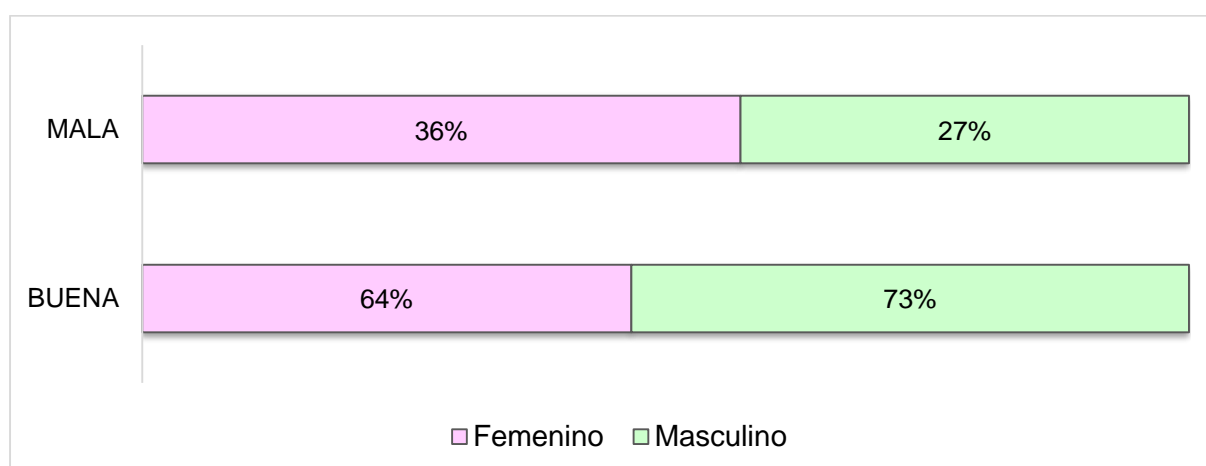
**Tabla N° 11: Relación entre la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha según género – Cuenca 2022**

Género	Hábitos alimentarios no saludables ÍTEM 2					
	BUENA		MALA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	47	64%	27	36%	74	100%
Masculino	19	73%	7	27%	26	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 10: Relación entre la calidad de la alimentación “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 según género – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela



Al relacionar el diagnóstico nutricional con la calidad de la alimentación se demuestra que el 63% de la población de estudio presenta mala calidad de alimentación, de los cuales el 38% tiene sobrepeso y obesidad, teniendo una relación directa entre mal nutrición por exceso y mala calidad de alimentación, cómo se observa en la siguiente tabla e ilustración.

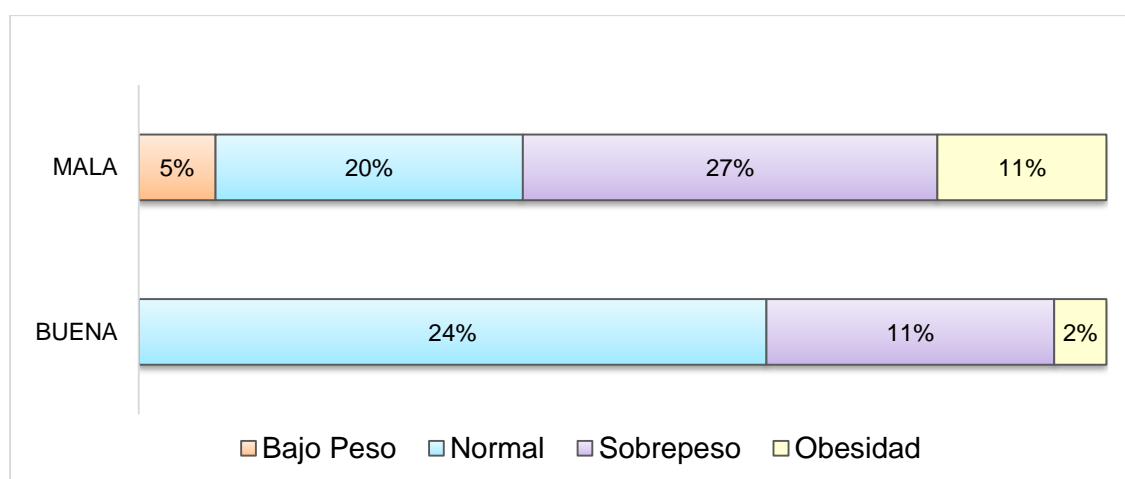
**Tabla N° 12: Relación entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2) de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha – Cuenca 2022**

<i>Diagnóstico Nutricional según IMC</i>	Calidad de la alimentación del Adulto Mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2)		
	BUENA	MALA	TOTAL
<b>Bajo Peso</b>	0%	5%	5%
<b>Normal</b>	24%	20%	44%
<b>Sobrepeso</b>	11%	27%	<b>38%</b>
<b>Obesidad</b>	2%	11%	13%
<b>Total</b>	37%	<b>63%</b>	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 11: Relación entre el diagnóstico nutricional y la calidad de la alimentación del adulto mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2) – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

# UCUENCA

Se observó una equivalencia del 50% entre buena y mala calidad de alimentación en el género masculino, sin embargo, en el género femenino sobresale la mala calidad de la alimentación con un 68%, cómo se observa en la siguiente tabla e ilustración.

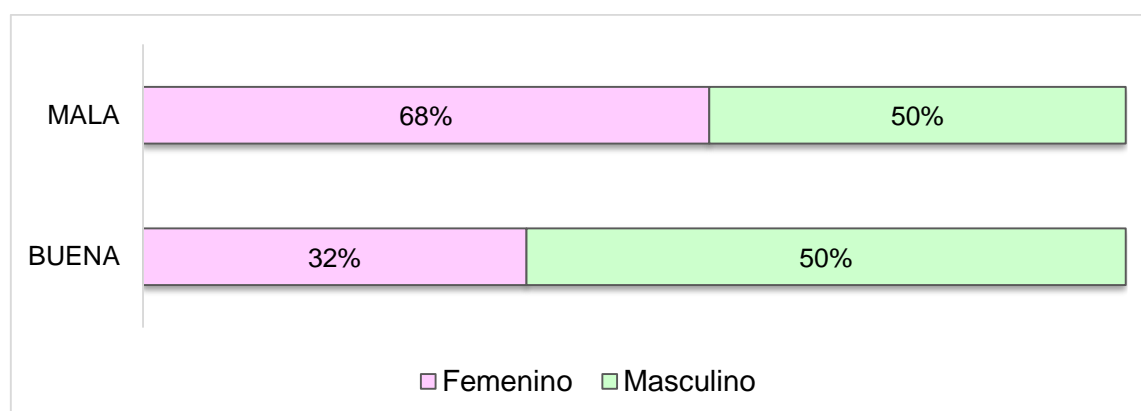
**Tabla N° 13: Relación entre la calidad de la alimentación del adulto mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2) de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha 74 mujeres (100%) y 26 varones (100%) según género – Cuenca 2022**

Género	Calidad de la alimentación del Adulto Mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2)					
	BUENA		MALA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	24	32%	50	68%	74	100%
Masculino	13	50%	13	50%	26	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 12: Relación entre calidad de la alimentación del adulto mayor (Suma ÍTEM 1 + ÍTEM 2) según género – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

Al relacionar hábitos alimentarios saludables y la edad de la población de estudio, se puede observar que predomina la mala práctica de hábitos alimentarios saludables con un 76%; donde el mayor índice recae sobre la población de adultos mayores entre 65 a 67 años de edad, cómo se observa en la siguiente tabla e ilustración.

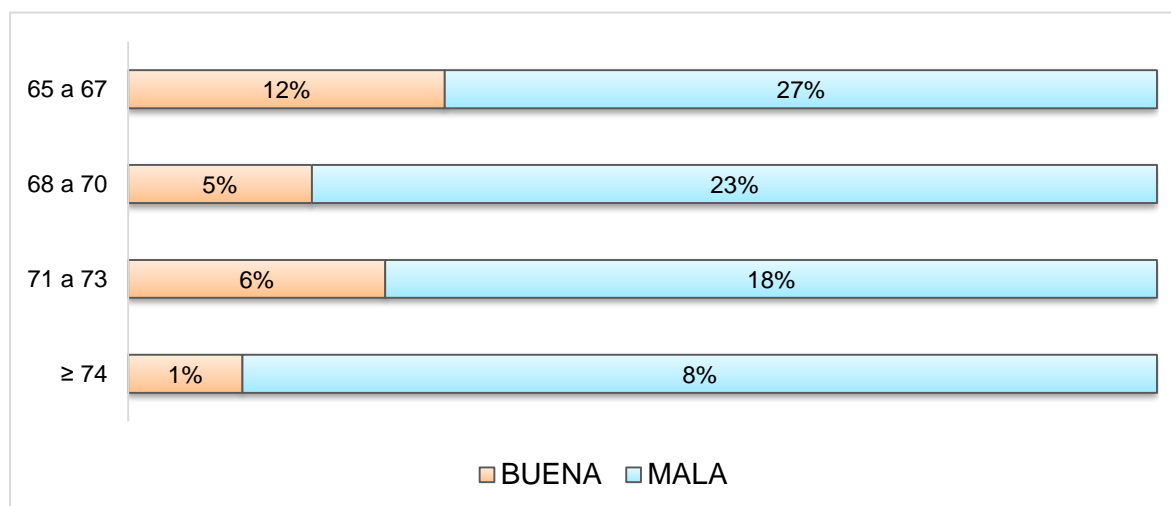
**Tabla N° 14: Relación entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 y la edad de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha – Cuenca 2022**

EDAD	Clasificación de la calidad de la alimentación Hábitos alimentarios saludables ÍTEM 1		
	BUENA	MALA	TOTAL
De 65 a 67 años	12%	27%	39%
De 68 a 70	5%	23%	28%
De 71 a 73 años	6%	18%	24%
De 74 en adelante	1%	8%	9%
<b>Total</b>	24%	<b>76%</b>	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración N° 13: Relación entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 y la edad – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

La relación entre hábitos alimentarios no saludables y la edad, nos muestra que el 66% de la población estudiada no posee hábitos alimentarios no saludables, mientras que el 34% indica hábitos alimentarios no saludables. Además, se observa que los grupos de 65 a 67 años y 71 a 73 años presentan una similitud equivalente al 12% de hábitos alimentarios no saludables, cómo se observa en la siguiente tabla e ilustración.

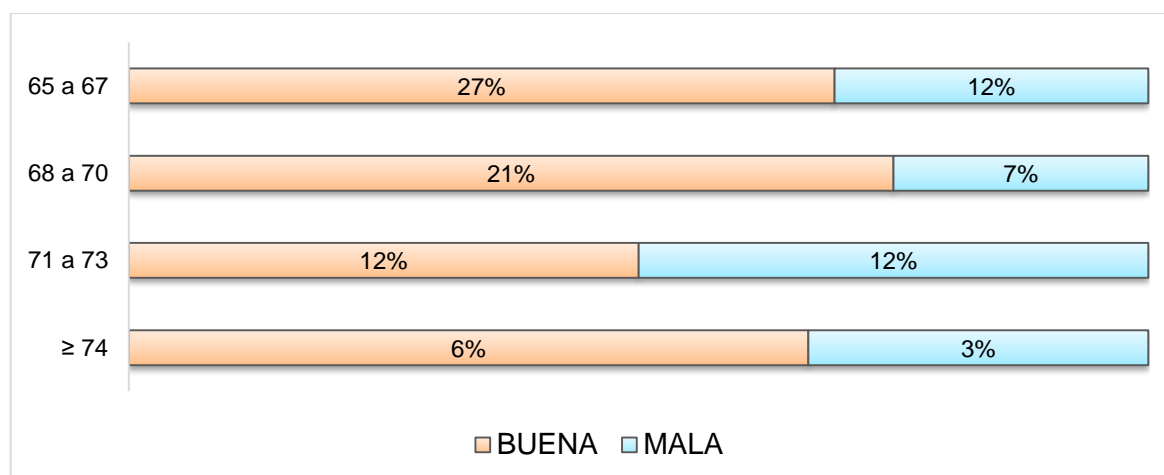
**Tabla N° 15: Relación entre “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 y la edad de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha – Cuenca 2022**

EDAD	Clasificación de la calidad de la alimentación "Hábitos alimentarios no saludables" ÍTEM 2		
	BUENA	MALA	TOTAL
De 65 a 67 años	27%	12%	39%
De 68 a 70	21%	7%	28%
De 71 a 73 años	12%	12%	24%
De 74 en adelante	6%	3%	9%
<b>Total</b>	<b>66%</b>	<b>34%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 14: Relación entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 2 y la edad – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

# UCUENCA

Con base al diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla y hábitos alimentarios saludables se destaca el 76% de la población que no los posee y de estos el 73% pertenece al grupo con un diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla “Normal”; sin embargo, a futuro la práctica de malos hábitos puede ser determinante en complicaciones de la salud y cambios del diagnóstico nutricional, cómo se observa en la siguiente tabla e ilustración.

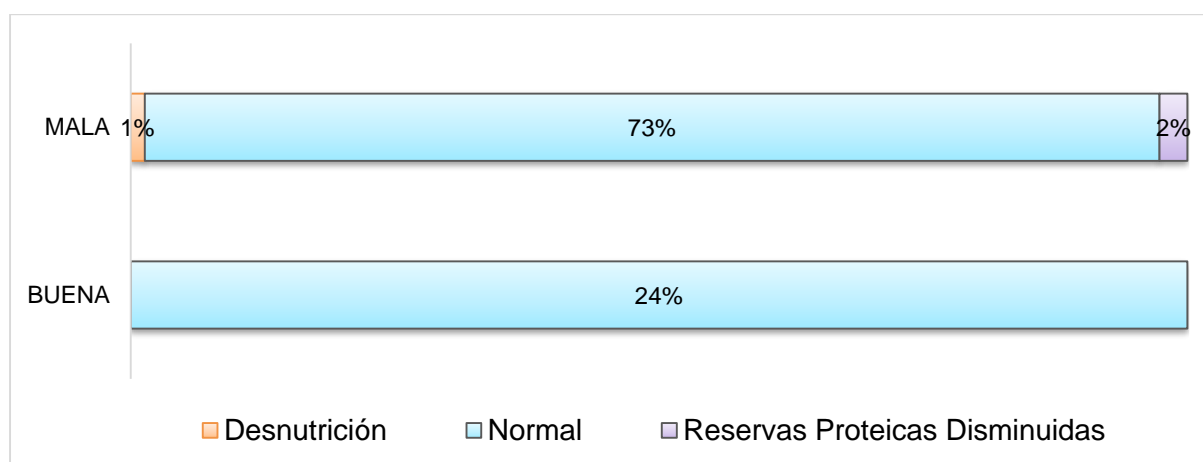
**Tabla N° 16: Relación entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 y el diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha – Cuenca 2022**

<i>Diagnóstico Nutricional según Circunferencia de Pantorrilla</i>	Clasificación de la calidad de la alimentación - Hábitos alimentarios saludables ÍTEM 1		
	BUENA	MALA	Total
<i>Desnutrición</i>	0%	1%	1%
<i>Normal</i>	24%	73%	97%
<i>Reservas Proteicas Disminuidas</i>	0%	2%	2%
<b>Total</b>	24%	76%	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 15: Relación entre “Hábitos Alimentarios Saludables” Ítem 1 y el diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

El 34% de la población presenta hábitos alimentarios no saludables, este resultado no es significativo si lo comparamos con el 66% de la población que no muestra hábitos no saludables, cómo se observa en la siguiente tabla e ilustración.

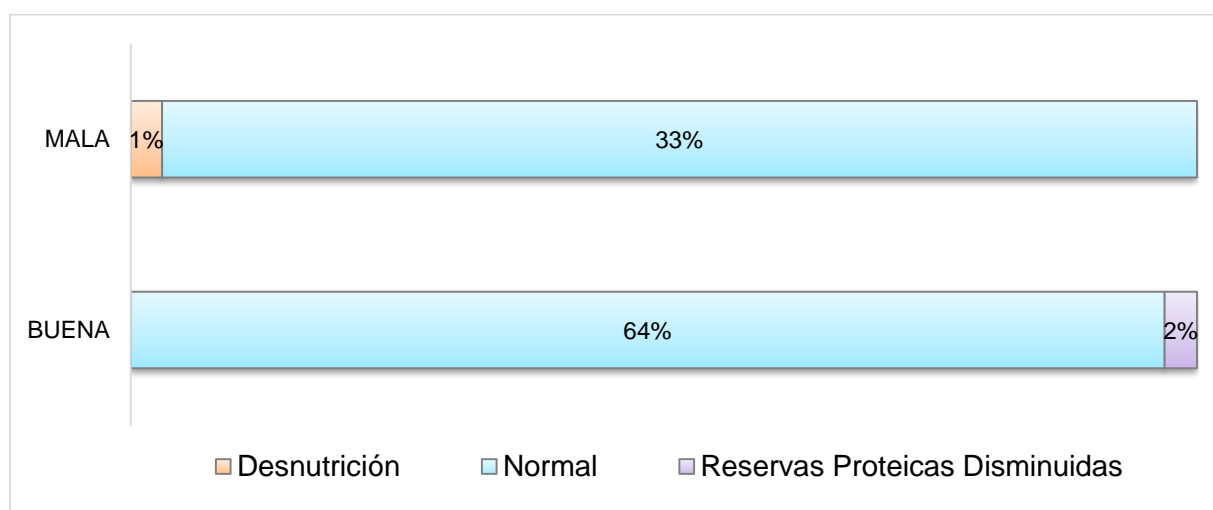
**Tabla N° 17: Relación entre “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 y el diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla de los 100 adultos mayores del Centro de Salud UNE – Totoracocha – Cuenca 2022**

<i>Diagnóstico Nutricional según Circunferencia de Pantorrilla</i>	Clasificación de la calidad de la alimentación - Hábitos alimentarios no saludables ÍTEM 2		
	BUENA	MALA	Total
<i>Desnutrición</i>	0%	1%	1%
<i>Normal</i>	64%	33%	97%
<i>Reservas Proteicas Disminuidas</i>	2%	0%	2%
<b>Total</b>	<b>66%</b>	<b>34%</b>	100%

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

**Ilustración 16: Relación entre “Hábitos Alimentarios No Saludables” Ítem 2 y el diagnóstico nutricional según circunferencia de pantorrilla – Cuenca 2022**



Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Andrade Camila, Parra Daniela

## CAPÍTULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

El proceso de envejecimiento provoca una serie de cambios que repercuten en el estado nutricional de la población adulta mayor, lo que hace que haya una alta vulnerabilidad a presentar un mayor riesgo de deficiencias nutricionales, además de que uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica, lo que lleva a que a nivel mundial, se le considere como un grupo vulnerable prioritario de políticas y acciones de salud integral, por comprometer la calidad de vida o sensación general de felicidad y satisfacción con la vida y el entorno; y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que hace referencia a la sensación personal de salud física y mental y la capacidad para reaccionar a los factores del entorno físico y social. (9) (5) (31)

En los adultos mayores sanos, a los que la OMS los define como “aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” el estado nutricional puede verse afectado directamente por los hábitos alimentarios (consumo de nutrientes/requerimientos), mismos que se relacionan con los estilos de vida y la influencia ambiental. (51)

En la bibliografía revisada plantean como uno de los factores de riesgo con más frecuencia asociados a la mal nutrición a los parámetros dietéticos, por lo que este estudio centra su interés en la relación de los hábitos alimentarios con el estado nutricional en la población adulta mayor que acude al Centro de Salud UNE - Totoracocha; caracterizado por estar desinstitucionalizados y autónomos; el grupo mayoritario es de adultos mayores del rango de edad entre los 65 a 67 años correspondiente al 39%, mismo que va disminuyendo conforme avanza la edad, así, el 28% son de 68 a 70 años, el 24% de 69 a 73 años, mientras que el grupo de 74 años en adelante es significativamente menor con un 9%. En cuanto al género (tabla N°3) el grupo de estudio está constituido por una mayoría del género femenino con un 74%, y el 26% del género masculino. La mayor asistencia del género femenino al Centro de Salud UNE – Totoracocha puede deberse a que 3 de cada 4 adultos mayores hombres perciben que tienen un buen estado de salud, mientras que en el

género femenino solo 1 de cada 2 cree esto, así lo asegura la SABE Ecuador -2010. (9)

En cuanto al estado nutricional según el diagnóstico por IMC y la edad (tabla N°4), se evidencia una prevalencia del estado nutricional normal con un 44%, sin embargo, al analizar en conjunto los diagnósticos nutricionales por exceso, se encuentra que supera el valor antes mencionado, teniendo como resultado un 51% de adultos mayores con sobrepeso y obesidad y el 5% de la población con un diagnóstico de bajo peso. Estos patrones se diferencian de los resultados obtenidos en la zona central de la ciudad de Cuenca en el año 2017, donde demostraron un alto índice de riesgo de desnutrición correspondiente al 66%, desnutrición con un 21% y un estado nutricional normal equivalente al 13%. (20)

Haciendo una comparativa de ambos géneros se demuestra que existe mayor índice de malnutrición en el género femenino con un 61% frente al género masculino con un 42%; teniendo similares resultados a los encontrados en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) Ecuador – 2010, con un rango superior de mal nutrición en mujeres con 67,9% vs hombres con 54,5%. En cuanto a normopeso según diagnóstico de IMC encontramos un porcentaje superior en personas adultas mayores del género masculino con un 58% a diferencia del género femenino con un 39%, situación similar a las encontradas en el año 2010 en la SABE Ecuador - 2010, donde de igual manera el normo peso predominaba en el género masculino (45,5%) frente al femenino (32,1%). Al hablar de sobrepeso encontramos un 41% de sobrepeso para el género femenino y un 31% para el masculino; situación diferente a la encontrada en la SABE - Ecuador 2010, donde el mayor porcentaje correspondía al género masculino (40%), y menor porcentaje al género femenino (39,2%). Referente a bajo peso existe mayor porcentaje en mujeres (5%) que en hombres (4%), mientras que las cifras de la SABE - Ecuador 2010 demostraron que el bajo peso en el género masculino superaba levemente al género femenino (2,9% vs 2,5%). (tabla N°5) (9)

Siendo la circunferencia de pantorrilla un marcador de desnutrición en los adultos mayores, mientras menor es el resultado de la evaluación peor es el estado nutricional, aun cuando en nuestro estudio el 97% (tabla N°6) de los adultos mayores tiene un estado nutricional normal según este marcador, es importante mencionar que



el 3% de la población estudiada tiene diagnóstico de reservas proteicas disminuidas y desnutrición, esto tiene relación directa con su práctica de hábitos alimentarios no saludables, ya que dicho porcentaje no los posee. Como afirma López E, et al. en 2016, la circunferencia de pantorrilla es un factor independiente a género y edad, luego de evaluar el estado nutricional según el marcador de circunferencia de pantorrilla en 100 adultos mayores entre hombres y mujeres, encontramos un equivalente de 1:1 en reservas proteicas disminuidas sin distinción de género. (46) (50)

Al estudiar los hábitos alimentarios saludables (tabla N°8) se evidencia que el 76% de la población estudiada no los practica, existiendo altos índices tanto en hombres y mujeres (80% y 65% respectivamente), esto puede estar relacionado a las prácticas alimentarias no saludables transmitidas de generación en generación como lo afirma un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México en el año 2017. (34)

Otro de los hallazgos relevantes es que el 63% de la población presenta mala calidad de la alimentación (tabla N°12) teniendo cifras significativas, tanto para sobrepeso y obesidad con un 27% y 11% respectivamente. La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología relaciona a la obesidad con riesgo cardiovascular alto, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, esteatosis hepática, apnea del sueño, reflujo gastroesofágico, insuficiencia venosa crónica y artrosis de articulaciones y riesgo de padecer cáncer de diversos orígenes.

Un indicador que llama la atención en la encuesta SABE Ecuador - 2010, es la prevalencia de dificultades en realizar “Actividades Instrumentales de la Vida Diaria” (AIVD), refiriéndose a estas como “...actividades que facilitan al individuo adaptarse a su entorno para llevar una vida independiente en la comunidad”; y al relacionarlas con el género, se afirma que existe mayor dificultad de preparar la comida en mujeres (6.3%) que en hombres (3.6%), lo mismo ocurre con hacer las compras, mayor dificultad en mujeres adultas (12.9%) que en hombres de la misma edad (6.3%); siendo cómo se mencionó anteriormente, factores que afectan directamente la ingesta alimentaria y por ende el estado nutricional de los adultos mayores predominando el género femenino. Por lo antes mencionado podemos relacionar que la mala calidad de la alimentación (tabla N°13) dentro del género femenino (68%) es superior a la del género masculino (50%). (9)

## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES

Como conclusión de la presente investigación se han determinado los siguientes aspectos:

- En el Centro de Salud UNE - Totoracocha encontramos un mayor nivel de malnutrición en comparación a un estado nutricional normal según el IMC, y esto puede deberse a la inexistencia del profesional experto, nutricionista dietista, quien es el encargado de diagnosticar el estado nutricional de los pacientes y tratar de manera oportuna mediante educación, prescripción de dietas y control continuo las mal nutriciones de los mismos para evitar consecuencias graves a futuro.
- A pesar de que continuamente el personal médico y de enfermería educan a los pacientes acerca de los hábitos alimentarios que deben llevar día a día en pro de su salud, las herramientas y estrategias con las que dicha educación es impartida no son las adecuadas para la población adulta mayor, pues los resultados de este estudio demostraron que el 63% de la población presenta mala calidad de la alimentación, lo cual influye de manera directa en su composición corporal.
- En cuanto al diagnóstico nutricional por circunferencia de pantorrilla en donde encontramos valores mínimos de reservas proteicas disminuidas (2%) y desnutrición (1%) indicándonos depleción muscular sin distinción de género, es importante garantizar el acompañamiento y la intervención del equipo multidisciplinario de salud, con la finalidad de mejorar el estado nutricional de los pacientes.

## 7.2 RECOMENDACIONES

- En la actualidad no existen estudios suficientes enfocados a este grupo poblacional, por lo que es importante tomar en cuenta los resultados obtenidos con el fin de implementar medidas oportunas que permitan mejorar el estado nutricional de los adultos mayores.
- Para poder tener mejores resultados, las acciones correctivas deben ser individuales, con medidas personalizadas que se adapten a la necesidad de cada paciente.
- Implementar programas de intervención nutricional, que abarque una evaluación íntegra del estado nutricional y la ingesta alimentaria, que permita un diagnóstico temprano de situaciones que puedan comprometer la calidad de vida de los adultos mayores, o que empeoren enfermedades crónicas propias de la edad.
- Realizar seguimiento continuo de los casos de adultos mayores que presenten un estado nutricional inadecuado y buscar soluciones al problema desencadenante.
- Educar a los adultos mayores constantemente acerca de los buenos hábitos alimentarios con material de fácil acceso y comprensión.
- Implementar un profesional Nutricionista en los diferentes establecimientos de salud del primer nivel de atención para cumplir objetivos de promoción y prevención de las diferentes patologías que se presentan en esta edad y tratarlas de manera individual y colectiva.

## CAPÍTULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. 31 de agosto de 2007;14.
2. Varela Pinedo L. Salud y Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica. abril de 2016;33(2):199–201.
3. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Estado de Situación de las Personas Adultas Mayores [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/>
4. Mamani Ortiz Y, Illanes Velarde D, Luizaga Lopez J. Factores sociodemográficos asociados a la malnutrición del Adulto Mayor en Cochabamba, Bolivia. Gac Médica Boliv. diciembre de 2019;42(2):98–105.
5. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección Población Adulta Mayor [Internet]. MIES. [citado 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
6. OMS. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. [citado 11 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
7. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe | Publications [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
8. Tafur C J, Guerra Ramirez M, Carbonell A, López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. Rev Latinoam Hipertens. 30 de enero de 2019;13:360–6.
9. Freire W, Rojas E, Pazmiño L, Fomasini M, Tito S, Buendía P. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento [Internet]. p. 65. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
10. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriátrica: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de

Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatría Gerontol. 1 de enero de 2016;51(1):52–7.

11. Durán Agüero S, Candia P, Pizarro Mena R. Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM). Nutr Hosp. diciembre de 2017;34(6):1311–8.
12. Macias M AI, Quintero S ML, Camacho R EJ, Sánchez S JM. La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. Rev Chil Nutr [Internet]. diciembre de 2009 [citado 11 de junio de 2022];36(4). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182009000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
13. Aponte Daza VC. Calidad de Vida en el Tercera Edad. Ajayu Órgano Difus Científica Dep Psicol UCBSP. agosto de 2015;13(2):152–82.
14. Sánchez-Ruiz F, De la Cruz-Mendoza F, Cereceda-Bujaico M, Espinoza-Bernardo S. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. An Fac Med. abril de 2014;75(2):107–11.
15. Chavarría Sepúlveda P, Barrón Pavón V, Rodríguez Fernández A. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. Rev Cuba Salud Pública. septiembre de 2017;43(3):1–12.
16. Osuna Padilla IA, Verdugo Hernández S, Leal Escobar G, Osuna Ramírez I. Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social. Rev Esp Nutr Humana Dietética. 12 de enero de 2015;19(1):12–20.
17. Penny Montenegro E. Obesidad en la tercera edad. An Fac Med. 17 de julio de 2017;78(2):111.
18. Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
19. Espinosa E H, Abril-Ulloa V, Encalada T L, Espinosa E H, Abril-Ulloa V, Encalada T L. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador. Rev Chil Nutr. diciembre de 2019;46(6):675–82.
20. Desnutrición en el adulto mayor en Cuenca. Ecuador en el año 2017 - Página 2 de 2 - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [citado 23 de

noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/desnutricion-en-el-adulto-mayor-en-cuenca-ecuador-en-el-ano-2017/2/>

21. Cali NV, Robles J, Centeno ML, Pazmiño K. Riesgo de desnutrición en adultos mayores hospitalizados: estudio transversal en un Hospital de Quito-Ecuador. *Vozandes*. 2018;73–80.
22. Food And Agriculture Organization Of The United Nations. El Estado de la Seguridad Alimentaria y Nutrición en el Mundo 2019. Food & Agriculture ORG; 2019.
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 [Internet]. 2018 [citado 16 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-presento-el-plan-intersectorial-de-alimentacion-y-nutricion-ecuador-2018-2025/>
24. Vanegas Izquierdo PE, Peña Cordero S, Salazar Torres K. Impacto de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 2015. *Latinoam Hipertens* [Internet]. 25 de mayo de 2017 [citado 29 de septiembre de 2021];12(3). Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_lh/article/view/12889](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/12889)
25. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
26. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.
27. Bordonada MÁ. Nutrición en Salud Pública. :356.
28. Valdés González M, Hernández Rodríguez Y, Herrera Miranda GL, Rodríguez García NM. Evaluación del estado nutricional de ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos de Pinar del Río. *Rev Cienc Médicas Pinar Río*. octubre de 2017;21(5):29–36.
29. Significado de Nutrición [Internet]. Significados. [citado 11 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.significados.com/nutricion/>
30. Aguilar Esenarro LA, Contreras Rojas M, del Canto y Dorador J, Vílchez Dávila W, Ministerio de Salud Perú, Instituto Nacional de Salud (Perú). Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor [Internet]. Disponible en: [https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Valoraci%C3%B3n\\_nutricional\\_antropom%C3%A9trica\\_persona\\_adulta\\_mayor.pdf](https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Valoraci%C3%B3n_nutricional_antropom%C3%A9trica_persona_adulta_mayor.pdf)

31. Mahan LK, Raymond JL. Krause Dietoterapia. 14<sup>a</sup>. Elsevier; 2017. 1160 p.
32. Brizzolara A. Cambios fisiológicos de la tercera edad. Medwave [Internet]. 1 de enero de 2001 [citado 13 de junio de 2022];1(01). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1110>
33. González Bernal J, de la Fuente Anuncibay R. Desarrollo Humano En La Vejez: Un Envejecimiento Optimo Desde Los Cuatro Componentes Del Ser Humano. Int J Dev Educ Psychol. 2014;7(1):121–9.
34. Alvarado García A, Lamprea Reyes L, Murcia Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. 2017 [citado 23 de noviembre de 2021];14(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000300199](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199)
35. Envejecimiento y desigualdad de género [Internet]. Geriatricarea. 2016 [citado 12 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2016/03/30/envejecimiento-desigualdad-genero/>
36. Gallardo-Peralta L, Jorquera IC, Morán MP, Quiroz BU. Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. Polis Rev Latinoam [Internet]. 28 de julio de 2018 [citado 12 de junio de 2022];(49). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/15008>
37. Rodríguez MG, Sichacá EG. Mortalidad por desnutrición en el adulto mayor, Colombia, 2014-2016. Biomédica. 2019;39(4):663–72.
38. Masón DFC. Relación entre desnutrición y depresión en mujeres adultas mayores en la consulta de un hospital de Quito, 2017. Rev Médica-Científica CAMBIOS HECAM. 28 de diciembre de 2018;17(2):5–11.
39. Pedraza DF. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. Rev Salud Pública. 2004;6(2):140–55.
40. Obesidad en el anciano. Es más grave según aumenta la edad [Internet]. SEGG. [citado 12 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.segg.es/ciudadania/2014/01/20/obesidad-en-el-anciano-es-mas-grave-segun-aumenta-la-edad>
41. Zenón TG, Silva JAV. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. 2012;8.

42. Hábitos alimentarios | FEN [Internet]. [citado 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.fen.org.es/blog/habitos-alimentarios/>
43. Vilaplana M. Hábitos alimentarios. *Farm Prof.* 1 de marzo de 2016;30(2):15–8.
44. Hernández AG. *Tratado de nutrición: Nutrición humana en el estado de salud.* Ed. Médica Panamericana; 2010. 580 p.
45. Malos hábitos alimentarios [Internet]. De Salud Psicólogos ®. [citado 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://desaludpsicologos.es/problemas/trastornos-de-la-alimentacion/malos-habitos-alimentarios/>
46. Cruces Delgadillo MAA. Valoración de la Composición Corporal del Adulto Mayor. 2017 [citado 23 de noviembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uff.cl:80/xmlui/handle/20.500.12254/394>
47. SENPE, SEGG. *Valoración Nutricional en el Anciano.* Galénitas-Nigra Trea. Madrid; Pontevedra: ASC ; Nigra Trea; 2010.
48. Rabito EI, Mialich MS, Martínez EZ, García RWD, Jordao AAJ, Marchini JS. Validación de ecuaciones predictivas para el peso y talla utilizando cinta métrica. *Nutr Hosp.* diciembre de 2008;23(6):614–8.
49. Núñez Sánchez MC, Reyes Huarcaya RME. Importancia de diferenciar puntos de corte del IMC de acuerdo a la edad. *Nutr Hosp.* octubre de 2017;34(5):1263–1263.
50. López Lirola EM, Iríbar Ibabe MC, Peinado Herreros JM. La circunferencia de la pantorrilla como marcador rápido y fiable de desnutrición en el anciano que ingresa en el hospital: relación con la edad y sexo del paciente. *Nutr Hosp.* junio de 2016;33(3):565–71.
51. World Health Organization. *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía.* *Glob Age-Friendly Cities Aguide.* 2007;73.



## CAPÍTULO IX

### 9.1 ANEXOS

### 9.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer	Diferenciación de sexo (hombre o mujer)	Sexo según cédula de identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masculino</li> <li>✓ Femenino</li> </ul>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo en años	Años cumplidos según cédula de identidad	<p><b>Rangos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 65 a 67 años</li> <li>✓ 68 a 70 años</li> <li>✓ 71 a 73 años</li> <li>✓ 74 en adelante</li> </ul>
Hábitos alimentarios	Conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto, a la selección, la preparación y el consumo de alimentos.	<p>Frecuencia de comidas diarias</p> <p>Raciones de grupos de alimentos consumidas al día.</p>	<p>Número de comidas diarias</p> <p>Número de raciones</p>	<p><b>Categoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Buena calidad de la alimentación: 83 – 103 puntos</li> <li>✓ Mala calidad de la alimentación: 21 – 82 puntos</li> </ul>
Estado nutricional	Condición del organismo que result a de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos.	Peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros	<p>Índice de masa corporal (IMC) medido en las personas</p> <p><math>IMC = \frac{\text{peso(kg)}}{\text{talla(m)}^2}</math></p>	<p><b>Intervalos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <math>\leq 23 \text{Kg/m}^2</math> = Bajo peso</li> <li>✓ <math>&gt; 23</math> y <math>&lt; 28 \text{Kg/m}^2</math> = Normo peso</li> <li>✓ <math>\geq 28</math> y <math>&lt; 32 \text{Kg/m}^2</math> = Sobrepeso</li> <li><math>\geq 32 \text{Kg/m}^2</math> = Obesidad</li> </ul>
Circunferencia de pantorrilla	Indicador de déficit nutricional en el adulto mayor	Puntos de corte establecidos para adultos mayores	Medición en cm de la pantorrilla	<p><b>Intervalos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <math>\geq 31 \text{cm}</math> - Normal</li> <li>✓ <math>&lt; 31 \text{cm}</math> - Reservas proteicas disminuidas</li> <li>✓ <math>&lt; 29</math> Desnutrición</li> </ul>

## 9.3 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



**Universidad de Cuenca**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Nutrición y Dietética**

Mediante el siguiente formulario vamos a recolectar datos filiatorios, clínicos y adicionales de la población de estudio para cumplir el objetivo de estudio de la investigación “Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores de 65 a 75 años de edad atendidos en el nivel primario del Centro de Salud UNE - Totoracocha. Cuenca 2022”

**Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

Evaluación antropométrica en adulto mayor			
<b>Peso (Kg):</b>			
<b>Talla de pie (cm):</b>			
<b>Talla altura tobillo-talón (cm):</b>		<b>Talla estimada Masculino (m):</b>	
		<b>Talla estimada Femenino (m):</b>	
<b>Talla (m):</b>			
<b>IMC:</b>		<b>Dx. Nutricional:</b>	
<b>Perímetro Pantorrilla (cm):</b>			

## 9.4 ENCUESTA DE CALIDAD DE ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR (ECAAM)

**Tabla V.** Versión final de la encuesta de la calidad de la alimentación del AM (ECAAM)

<b>Hábitos alimentarios saludables (I parte)</b>		
1. Toma desayuno 1 = Nunca 2 = Menos de 1 por semana 3 = 1-3 veces por semana 4 = 4-6 veces por semana 5 = Todos los días	2. Consume lácteos de preferencia descremados (leche descremada, quesillo, queso fresco o yogur descremado) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día	3. Consume frutas (frescas de tamaño regular) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día
4. Consume verduras (crudas o cocidas, porción equivalente a 1 plato de servilleta) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1/2 porción al día 4 = 1 porciones al día 5 = 2 porciones al día	5. Consume pescado (fresco/congelado/ conserva, pero no frito) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 porciones por semana	6. Consume leguminosas (porotos, lentejas, arvejas, garbanzos) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 o más porciones por semana
7. Consume avena o panes integrales 1 = No consume 2 = Menos de 3 veces en la semana 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día	8. Come comida del hogar (casera: guisos, carbonadas, cazuela, legumbres) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 o más porciones por semana	9. Cena (comida + fruta y/o ensalada) 1 = Nunca 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 veces por semana 4 = 4-6 veces por semana 5 = Todos los días
10. Consume agua o líquidos (aguas de hervir, jugos de frutas, té, maté) 1 = No Toma 2 = 1 vaso al día 3 = 2 vasos al día 4 = 3 vasos al día 5 = 4 o más vasos al día	11. Consume alimentos como carnes o aves 1 = No consume 2 = 1 vez cada 15 días 3 = 1 vez por semana 4 = 2 veces por semana 5 = 3 veces por semana	12. Consume huevo 1 = No consume 2 = 1 vez cada 15 días 3 = 1 vez por semana 4 = 2 veces por semana 5 = 3 veces por semana
13. Cuantas comidas consume al día 1 = Menos de 1 2 = 2 comidas 3 = 3 comidas 4 = 4 comidas 5 = 4 comidas y colación	14. Consume la sopa años dorados 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 porciones por semana 4 = 4-7 porciones por semana 5 = Más de 1 porción al día	15. Consume Bebida Láctea 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 porciones por semana 4 = 4-6 porciones por semana 5 = Más de 1 porción al día
<i>Total de puntos del ítem I</i>		
<i>Clasificación de la calidad de la alimentación del ítem I</i>		
<b>Hábitos alimentarios no saludables (II parte)</b>		
16. Toma bebidas o jugos azucarados (porción 1 vaso de 200 cc) 1 = 3 o más vasos al día 2 = 2 vasos al día 3 = 1 vaso al día 4 = Menos de un vaso al día u ocasionalmente 5 = No consume	17. Consume bebidas alcohólicas (porción 1 vaso) el Fin de semana 1 = 3 o más vasos al día 2 = 2 vasos al día 3 = 1 vaso al día 4 = Menos de un vaso al día u ocasionalmente 5 = No consume	18. Consume frituras 1 = 3 o más porciones por semana 2 = 2 porciones por semana 3 = 1 porción por semana 4 = Ocasionalmente 5 = No consume

(Continúa en la página siguiente)

**Tabla V (Cont.).** Versión final de la encuesta de la calidad de la alimentación del AM (ECAAM)

<b>Hábitos alimentarios no saludables (II parte)</b>		
19. Utiliza manteca en la elaboración de masas o en frituras 1 = Todos los días 2 = 3-5 veces por semana 3 = 2-3 veces por semana 4 = Menos de 1 vez por semana 5 = No utiliza	20. Consume alimentos chatarra (pizza, completos, hamburguesas, papas fritas y sopaipillas) 1 = 3 o más porciones día 2 = 2 porciones al día 3 = 1 porción al día 4 = Menos de 1 vez al día 5 = No consume	21. Consume colaciones galletas, helados, queques, berlines y pasteles. 1 = 3 o más porciones al día 2 = 2 porciones al día 3 = 1 porción al día 4 = Menos de 1 vez al día 5 = No consume
22. Consume café 1 = 3 o más tazas al día 2 = 2 tazas al día 3 = 1 taza al día 4 = Menos de 1 taza al día 5 = No consume	23. Le agrega sal a las comidas antes de probarlas 1 = Siempre le agrega 2 = Le agrega ocasionalmente 3 = No le agrega	
<i>Total de puntos del ítem II</i>		
<i>Clasificación de la calidad de la alimentación del ítem II</i>		

**Tabla II.** Clasificación según categorías de la encuesta

<b>Clasificación de hábitos alimentarios saludables</b>	<b>Puntuación</b>
Buena calidad de la alimentación	52-65
Mala calidad de la alimentación	13-51
<b>Clasificación de Hábitos no saludables</b>	
Buena calidad de la alimentación	31-38
Mala calidad de la alimentación	8-30
<b>Calidad de la alimentación del adulto mayor (suma de ítem I y II)</b>	
Buena calidad de la alimentación	83-103
Mala calidad de la alimentación	21-82

## 9.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: 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.

Datos del equipo de investigación:

Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Camila Krupskaia Andrade Sánchez	010534402-2	Universidad de Cuenca
Daniela Estefanía Parra Coronel	010721102-1	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Centro de Salud UNE - Totoracocha. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.
Introducción
Este estudio se realiza con el fin de identificar la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios en la población geriátrica que acude a controles médicos en el Centro de Salud Totoracocha, ya que no existen muchos estudios sobre esta relación que es de vital importancia para el tratamiento de los pacientes. Por lo que consideramos importante su participación. Usted fue escogido para participar en este estudio por ser parte del Club Primero Mi Salud, además de la relevancia que el estudio representa para la población en la generación de próximos estudios sobre este tema, como de distintas intervenciones.
Objetivo del estudio
Analizar el tipo de relación que existe entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores de 65 a 75 años que acuden al Centro de Salud UNE – Totoracocha.
Descripción de los procedimientos
Se realizará las encuestas del ECAM y la toma de medidas antropométricas conforme haya sido asignado su turno de revisión médica, para evitar aglomeraciones y agotamiento del personal de salud y los individuos de estudio.
Riesgos y beneficios
Esta investigación puede presentar un riesgo de pérdida de los datos obtenidos y el análisis de los mismos, los investigadores procederán cuidadosamente al momento de la manipulación de los datos para intentar evitarlos. Es posible que este estudio no traiga beneficios directos o inmediatos a su persona. Pero al culminar esta investigación, la información generada, puede aportar beneficios para encaminar mejor el tratamiento integral de cada paciente y de igual manera funciona como una guía para la realización de nuevos proyectos o investigaciones de las y los estudiantes.
Otras opciones si no participa en el estudio
Si no tiene interés en participar en esta investigación, usted se encuentra con la libertad absoluta de rechazarla. Sin embargo, se considera su participación como un pilar importante para la realización de este estudio investigativo.

## Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

## Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a:

Teléfono 0984977779 que pertenece a Camila Krupskaia Andrade Sánchez o envíe un correo electrónico a [camila.andrades@ucuenca.edu.ec](mailto:camila.andrades@ucuenca.edu.ec)

Teléfono 0987157251 que pertenece a Daniela Estefanía Parra Coronel o envíe un correo electrónico a [destefania.parrac@ucuenca.edu.ec](mailto:destefania.parrac@ucuenca.edu.ec)

## Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a participante

\_\_\_\_\_  
Firma del/a participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Firma del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Firma del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha