

**PERCEPCION DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CLASIFICACION DE ESTADO
NUTRICIONAL DE LAS ADULTAS MAYORES. "HOGAR CLARITA SANTOS" BOGOTÁ,
COLOMBIA**

MARIA JOSE MARMO CORREIA

TRABAJO DE GRADO

Presentado como requisito parcial para optar al título de

NUTRICIONISTA DIETISTA

LUISA FERNANDA TOBAR ND., MSc.

Directora

MILENA LIMA DE MORAES ND., MSc. PhD

Codirectora

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

BOGOTÁ, COLOMBIA

10 de ENERO DEL 2019

NOTA DE ADVERTENCIA

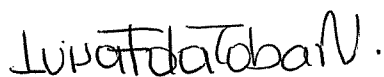
Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

PERCEPCION DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CLASIFICACION DE ESTADO
NUTRICIONAL DE LAS ADULTAS MAYORES. "HOGAR CLARITA SANTOS" BOGOTÁ,
COLOMBIA

MARÍA JOSÉ MARMO CORREIA

APROBADO



Luisa Fernanda Tobar V.

Nutricionista Dietista MSc.

Directora



Milena Lima De Moraes

Nutricionista Dietista MSc. PhD.

Codirectora



Claudia Contreras

Nutricionista Dietista

Jurado

**PERCEPCION DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CLASIFICACION DE ESTADO
NUTRICIONAL DE LAS ADULTAS MAYORES. "HOGAR CLARITA SANTOS" BOGOTÁ,
COLOMBIA**

MARÍA JOSÉ MARMO CORREIA

APROBADO

Concepción Judith Puerta

Bacterióloga, MSc. PhD.

Decana de Facultad

Martha Constanza Liévano

Nutricionista Dietista MSc.

Directora de Carrera

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por darme la sabiduría, ser mi guía y fortaleza en todo lo que hago. A mis padres, hermano y abuelita por su apoyo, motivación y compañía durante mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme alcanzar este sueño y concluir con éxito mi carrera profesional, darme la fortaleza y sabiduría para culminar este trabajo.

A mis padres, Maria Inés Correia de Marmo y Yangarlo Francisco Marmo Stabile, a mi hermano Giancarlo Marmo y a mi novio Humberto Darío Reverol Calabria por siempre ser un apoyo para lograr mis sueños, acompañarme durante mi carrera y cada día darme ánimo para continuar.

A la profesora Luisa Fernanda Tobar, directora de mi trabajo de grado por el acompañamiento, orientación, dedicación y entusiasmo a lo largo de la realización de mi proyecto y su valiosa colaboración en esta investigación.

A la profesora Milena Lima de Moraes, codirectora de mi trabajo de grado por su acompañamiento, orientaciones y profesionalismo en el desarrollo de este trabajo.

A la Pontificia Universidad Javeriana por brindarme una educación de calidad y los espacios para adquirir conocimiento.

Al Centro de Protección Hogar Clarita Santos y a la nutricionista del lugar Diana Marcela Paz por sus atenciones y cooperación durante la realización del proyecto.

A cada uno de los adultos mayores por sus experiencias e información compartida.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
1.INTRODUCCION	11
2.MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DE LITERATURA	12
2.1 Envejecimiento demográfico en Colombia	12
2.2 Envejecimiento saludable y nutrición	14
2.3 Centro de Protección Hogar Clarita Santos	15
2.4 Percepción de hábitos alimentarios	16
3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	17
3.1 Pregunta de investigación	18
4.OBJETIVOS	19
4.1 Objetivo General	
4.2 Objetivos específicos	
5. MATERIALES Y MÉTODOS	19
5.1 Diseño de la investigación	19
5.1.1 Población de estudio y muestra	20
5.1.2 Variables del estudio	21
5.2 Métodos	22
5.3 Recolección de la información	22
5.4 Análisis de la información	23
6.0 RESULTADOS	24
7.0 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	34
8.0 CONCLUSIONES	38
9.0 RECOMENDACIONES	39
10.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
11.0 ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Categorías análisis componente cualitativo	21
Tabla 2. Clasificación por grupo de edad de las adultas mayores	24
Tabla 3. Aspectos relacionados con Entorno familiar de las adultas mayores	25
Tabla 4. Aspectos relacionados con las creencias y religión de las adultas mayores	25
Tabla 5. Aspectos relacionados con la salud de las adultas mayores	26
Tabla 6. Resultados arrojados de la aplicación del MNA	28
Tabla 7. Aspectos relacionados con la alimentación descrita en el MNA	29
Tabla 8. Convergencias y divergencias acerca de los motivos para alimentarse de las adultas mayores	30
Tabla 9. Convergencias y divergencias sobre la relación del estado de ánimo y la alimentación de las adultas mayores	30
Tabla 10. Convergencias y divergencias acerca de las preparaciones favoritas de las adultas mayores	31
Tabla 11. Convergencias y divergencias acerca de los alimentos preferidos de las adultas mayores	32
Tabla 12. Convergencias y divergencias acerca de los alimentos rechazados de las adultas mayores	32
Tabla 13. Convergencias y divergencias acerca de los alimentos no tolerados por parte de las adultas mayores	33
Tabla 14. Convergencias y divergencias acerca de la relación entre salud y alimentación por parte de las adultas mayores	33

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Transición demográfica	13
Figura 2. Flujograma de recolección de datos	24

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Proporción del estado nutricional por MNA

27

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Entrevista semiestructurada

Anexo 3. Formato Encuesta

Anexo 4. Tabla de operacionalización de variables

Anexo 5. Formato Mini Nutritional Assessment (MNA).

RESUMEN

La población de adultos mayores en Colombia ha incrementado progresivamente, así como la necesidad de crear estrategias que promuevan la atención en salud. La alimentación en esta etapa es clave para garantizar un envejecimiento saludable. **Objetivo:** describir la percepción de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las adultas mayores pertenecientes al Centro de Protección "Hogar Clarita Santos" Bogotá, Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal mixto (cualitativo-cuantitativo), con muestra por conveniencia, conformada por 20 mujeres, se recolectó información por medio de encuestas y entrevistas semiestructuradas para dar respuesta a las categorías de análisis relacionadas con percepción de hábitos alimentarios, aplicación del MNA para determinar el estado nutricional. Los datos fueron tabulados y analizados usando Microsoft Excel. **Resultados:** De acuerdo con la percepción de las adultas mayores se evidenció que la cultura determina su alimentación reflejado en sus gustos y la preferencia por alimentos provenientes de su lugar de origen, en cuanto a preparaciones optan por alimentos sudados ya que los consideran más saludables, a su vez rechazan la carne de res debido a la dificultad que representa masticarla. La mayoría de ellas percibe un vínculo entre su alimentación y su salud. **Conclusión:** En su mayoría experimentan constantemente sentimientos de tristeza y soledad ya que reciben pocas visitas de familiares o amigos, esto no influye en su alimentación ya que la mayoría considera que alimentarse es importante para vivir, lo que se ve reflejado en el estado nutricional, donde el 70% se encuentra en un estado nutricional normal.

Palabras claves: percepción, hábitos alimentarios, estado nutricional, adulto mayor

ABSTRACT

The population of older adults in Colombia has progressively increased, as well as the need to create strategies that promote health care. Food in this stage is key to ensure a healthy aging.

Objective: to describe the perception of the alimentary habits and the nutritional status of the older adults belonging to the "Hogar Clarita Santos" Protection Center Bogotá, Colombia.

Materials and methods: Mixed cross-sectional study (qualitative-quantitative), with sample for convenience, consisting of 20 women, information was collected through surveys and semi-structured interviews to answer the categories of analysis related to food habits perception, application of the MNA to determine the nutritional status. The data was tabulated and analyzed using Microsoft Excel. **Results:** According to the perception of older adults it was evident that the culture determines their diet reflected in their tastes and the preference for foods from their place of origin, in terms of preparations they opt for sweaty foods because they consider them healthier, in turn they reject beef because of the difficulty of chewing it. Most of them perceive a link between their diet and their health. **Conclusion:** Most of them constantly experience feelings of sadness and loneliness since they receive few visits from relatives or friends, this does not influence their diet since most consider that feeding is important to live, which is reflected in the nutritional status, where 70% are in a normal nutritional state.

Keywords: perception, eating habits, nutritional status, older adults.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la población de adultos mayores ha ido en aumento a nivel mundial y la mayoría de las personas aspira vivir más de 60 años. En Colombia la esperanza de vida para el año 2015 según el DANE era de 74 años. El envejecimiento poblacional demanda exigencias como la necesidad de crear estrategias de prevención y manejo de enfermedades con el fin de fomentar un adecuado estado de salud y un envejecimiento saludable. La nutrición durante este proceso es un aspecto importante porque contribuye a la calidad de vida, salud y bienestar del adulto mayor que conlleva al envejecimiento saludable, además, una alimentación adecuada puede prevenir o retrasar la aparición de enfermedades y mantener la capacidad funcional.

Este proceso de transformación demográfica debe orientar a los gestores de políticas públicas al posible impacto social que esta situación conlleva, especialmente en el desarrollo y crecimiento económico de áreas como el ingreso per cápita, acumulación de capital humano o modificaciones sectoriales en las áreas de educación y salud. Es por esta situación, que se hace necesario profundizar en todos los aspectos que afectan directamente a las personas mayores, entre otros, su alimentación, desde una perspectiva nutricional, pero también de condicionantes sociales que la supeditan.

A medida que avanza el tiempo, la alimentación adquiere un sentido y significado diferente para los individuos; las preparaciones, sabores y consistencias alcanzan un gran significado en la vejez ya que generan emociones y sentimientos que son factores claves para mantener un adecuado estado nutricional. Adicionalmente, cada individuo posee prácticas alimentarias diferentes, donde manifiesta sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos, en el que las condiciones socioeconómicas, el estado de salud, los aspectos culturales y religiosos son factores determinantes en la alimentación.

Todos los cambios biopsicosociales de la vejez pueden inducir a modificaciones en la alimentación, las cuales alteran el estado nutricional del individuo, por tales motivos, este trabajo se propuso identificar la percepción de los hábitos alimentarios y la clasificación según su estado nutricional de veinte adultas mayores pertenecientes al Hogar Clarita Santos ubicado en Bogotá, esta temática aporta al conocimiento de este grupo etareo.

En Colombia para el año 2013, la población mayor (60 y más años) era de 4.962.491(10.53% del total de la población), de esta población 2.264.214 eran hombres y 2.698.277 eran mujeres lo que significa que en la vejez hay una proporción de mujeres significativamente mayor a los hombres (DANE, Proyecciones de Población 2005-2020).

En el contexto del proceso de transición demográfica, el envejecimiento de la población del país tiene la siguiente dinámica: Para el 2015 se proyectó un crecimiento de la población mayor en un 3.51% y del 3.76% para el 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Según el DANE, Colombia vive un proceso de transición demográfica intenso, lo que se ve reflejado en la figura 1, donde la población mayor de 65 años para el año 1950 no era significativa, sin embargo, se conoce que la misma inició su crecimiento desde el año 2000. Para el año 2017 la población adulta mayor aumentó elocuentemente, sin embargo, para el año 2050 se espera que aumente el doble y para el año 2100 que aumente el triple. Si bien el incremento de la esperanza de vida representa un logro, el envejecimiento de la población establece nuevos retos para las sociedades y las familias en aspectos como el crecimiento económico y la productividad, la seguridad económica en la vejez y la organización de los sistemas de atención en salud (Naciones Unidas, 2014).

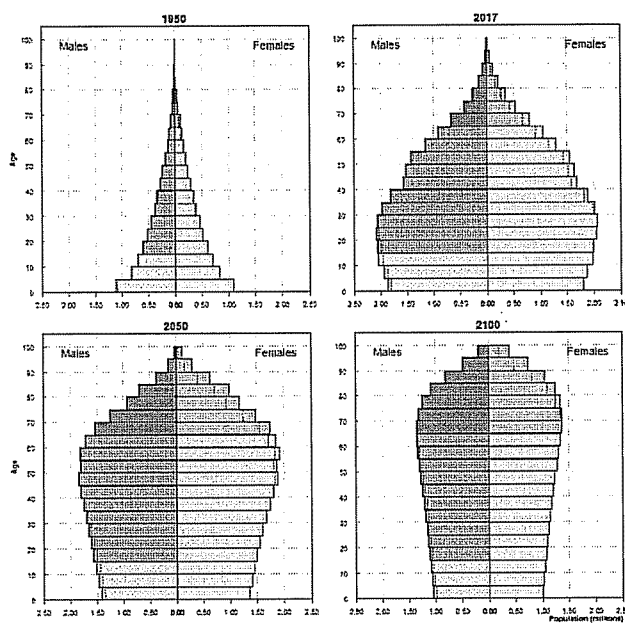


Figura 1. Transición demográfica; Comparación entre distintos años, 1950,2017,2050 y 2100

Fuente: World Population Prospects (Naciones Unidas, 2015)

Dada la importancia de la alimentación para el mantenimiento de la capacidad funcional, la caracterización de esta población es relevante a fin de prevenir la malnutrición, la cual es concurrente en los adultos mayores. Para hacer una evaluación nutricional de las personas mayores, la OMS indica que se deben tomar medidas antropométricas y realizar análisis bioquímicos, sin embargo, en este estudio debido a la limitación de recursos económicos no se evaluaron parámetros bioquímicos sino antropométricos y nutricionales.

2.3 Centro de Protección “Hogar Clarita Santos”

El “Hogar Clarita Santos” es una institución privada sin ánimo de lucro, que trabaja por la dignidad humana, el reconocimiento y garantía de los derechos de las mujeres con discapacidad cognitiva leve y moderada, que se encuentran en situación de riesgo psicosocial, a través de un servicio terapéutico y evangelizador. Cabe destacar que inicialmente el Hogar fue concebido para población con algún grado leve o moderado de discapacidad mental, sin embargo, actualmente no todas las mujeres que residen allí presentan esta característica, existen varias sin discapacidad mental, con este último grupo de mujeres fue con quienes se desarrolló el presente trabajo, las mismas fueron seleccionadas mediante la revisión de sus historias institucionales, y posteriormente incluidas en el estudio.

“El Hogar Clarita Santos cuenta con diferentes servicios tales como; trabajo social (brinda asesoría y atención a las familias, acudientes y cuidadores de las personas con discapacidad cognitiva que por ser una condición que genera dificultades en su afrontamiento, manejo y aceptación, necesita del acompañamiento y consejería para alcanzar el mayor grado de bienestar al interior de la relación familiar y en su medio social), psicología (interviene sobre lo que sienten, piensan y aprenden las personas con discapacidad para adaptarse al medio que les rodea teniendo en cuenta sus procesos de desarrollo y su estilo personal), fisioterapia (busca la recuperación funcional utilizando medios físicos, su propósito es incrementar y mantener la fuerza y la resistencia, mejorar la coordinación y la movilidad necesaria para la vida cotidiana), terapia ocupacional (promueve el desempeño ocupacional, esto significa que las personas con discapacidad realizan a diario actividades orientadas hacia un propósito definido, se les involucra en labores que deben ser significativas, gratificantes y placenteras y que responden a sus intereses y destrezas), medicina y enfermería y finalmente nutrición (desarrolla promoción de la salud observando la relación alimentación - salud - enfermedad. Estudia los casos individualmente y determina las necesidades nutricionales de las personas con discapacidad, sus hábitos y el consumo de alimentos acorde a sus condiciones personales)” (HCS, 2012).

2.4 Percepción de Hábitos alimentarios

Gelstalt define la percepción como una tendencia de orden mental, inicialmente la percepción determina la entrada de información y en segundo lugar garantiza que la información retomada, permita la formación de abstracciones y significado del mundo, estableciendo

Por otro lado, en Colombia, un estudio realizado por Silva, W et al (2017), titulado 'Estado Nutricional de los adultos mayores institucionalizados en siete hogares gerontológicos de la ciudad de Bogotá en el año 2017' identificó que el 48% de la muestra (n=80) presentaban riesgo de malnutrición, y en el que las mujeres tienen 1,42 veces más riesgo de manifestar alteraciones en su estado nutricional. Interviniendo factores como el tipo de alimentación, su movilidad o considerando la polifarmacia como riesgo para un estado nutricional inadecuado, se puede llegar a disminuir la prevalencia de malnutrición en pacientes institucionalizados disminuyendo la carga para sus cuidadores, significando un menor costo de mantenimiento y principalmente mejorando la salud en este tipo de población.

3.0 FORMULACION DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico mediante el cual los seres vivos sufren una serie de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que aparecen en el individuo como consecuencia de la acción del tiempo, el cual está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres humanos (Palacio et al., 2007). Socialmente una persona es considerada adulto mayor en países en vía de desarrollo a partir del rango de edad de 60-65 años y se encuentra en la etapa de la vida donde el proceso denominado envejecimiento se efectúa con mayor rapidez (Dulcey-Ruiz et al., 2013).

En la etapa de la vejez, la alimentación y la nutrición son determinantes básicos de la salud debido a que el proceso de envejecimiento viene acompañado de cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional, tales como las deficiencias sensoriales, problemas dentales, inflamación de las encías, que asociados a una dieta monótona y de baja calidad son factores que aumentan el riesgo de malnutrición y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles las cuales son las principales causas de muertes e incapacidades en el mundo. También puede presentarse menor producción de saliva, sensación de saciedad temprana y estreñimiento, entre otros, Estas situaciones aumentan el riesgo de presentar procesos de malnutrición por baja ingesta, la cual tiene un efecto negativo en la capacidad de respuesta a la enfermedad, en la autonomía para realizar actividades básicas de la vida diaria y por ende, en la calidad de vida. De tal forma que una nutrición adecuada tiene gran influencia en la salud y el bienestar del adulto mayor (OMS, 2015).

4.0 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Describir la percepción de los hábitos alimentarios y la clasificación del estado nutricional de las adultas mayores pertenecientes al Centro de Protección "Hogar Clarita Santos" Bogotá, Colombia.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las condiciones sociodemográficas y de salud de las adultas mayores pertenecientes al "Hogar Clarita Santos", Bogotá, Colombia.
- Describir algunos factores relacionados con los hábitos alimentarios las adultas mayores pertenecientes al Centro de Protección "Hogar Clarita Santos" Bogotá, Colombia.
- Identificar el estado nutricional por medio del *Mini Nutritional Assessment (MNA)* en las adultas mayores pertenecientes al Centro de Protección "Hogar Clarita Santos" Bogotá, Colombia

5.0 Metodología

5.1Diseño de la investigación

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). Un estudio descriptivo tiene por finalidad dar a conocer la información a través de frecuencias, distribuciones de datos, ubicación geográfica y/o evolución temporal de un evento y/o sus posibles determinantes, con sus datos se puede dar origen a plantear una hipótesis, pero nunca demostrar una asociación causal, por otro lado, un estudio de corte transversal hace referencia a la medición de una o más variables en un único momento en el tiempo. Dicha medición se puede llevar a cabo a través de la aplicación de una encuesta de frecuencia o estudio de prevalencia. En general, se realiza para examinar la presencia o ausencia de una enfermedad u otro resultado de interés, en relación con la presencia o ausencia de una exposición, ambos hechos en un tiempo determinado y en una población específica (Álvarez & Delgado, 2015).

La investigación cuantitativa es una forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes. La investigación cuantitativa implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemática para obtener resultados. Es concluyente en su propósito ya que trata de cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor.

- Cualquier patología o condición que afecte la movilidad, lo que impida la toma de los indicadores antropométricos. (Enfermedades articulares degenerativas, enfermedad vascular cerebral, estados depresivos, fracturas de cadera o fémur, Parkinson, neuropatías o enfermedades crónicas).

5.1.2 Variables del estudio

Componente cualitativo: Se realizó una entrevista semiestructurada (Anexo 2) donde previamente se elaboró una pauta o guía con los temas a cubrir, los términos a usar y el orden de las preguntas, se realizó una prueba piloto, para hacer ajustes pertinentes para finalmente ser aplicada. Frecuentemente, los términos usados y el orden de los temas cambian en el curso de la entrevista y surgen nuevas preguntas en función de lo que dice el entrevistado (Belda, 2013). En la entrevista se evaluaron; motivos para alimentarse, preparaciones preferidas, alimentos preferidos y rechazados y el hecho de si existe un vínculo o no entre su salud y su alimentación.

Tabla 1: Categorías de análisis componente cualitativo

Categorías	Definición
Motivos para alimentarse	Se identificaron los motivos principales para alimentarse
Estado de animo	Se identificaron si el estado de ánimo afecta el consumo de los alimentos
Preparaciones preferidas	Se identificaron las preparaciones preferidas
Alimentos preferidos	Se identificaron los alimentos que más le gustan
Alimentos rechazados	Se identificaron aquellos alimentos que no le gustan
Alimentos no tolerados	Se identificaron aquellos alimentos que no toleran
Percepción del vínculo de su alimentación con su salud	Se identificaron si poseen algún conocimiento de la relación que existe entre la salud y la alimentación

Componente cuantitativo: se aplicó una encuesta (Anexo 3) la cual evaluó los siguientes aspectos; sociodemográficos (edad), entorno familiar (estado civil, número de hijos, acompañamiento familiar, motivo de residencia en el hogar Clarita Santos), culturales y religiosos (lugar de nacimiento, tiempo residiendo en Bogotá, religión, influencia de creencias en alimentación) y de salud tales como, afiliación a la Seguridad Social, estado de salud, estado nutricional, consumo de medicamentos, estado bucal y patologías diagnosticadas, las cuales se ven reflejados en la tabla de operacionalización de variables del anexo 4.

15. Transcripción de las entrevistas y organización de la información
16. Análisis de resultados cualitativos y cuantitativos
17. Relación de los resultados cualitativos y cuantitativos
18. Elaboración de informe final

5.3 Recolección de la información

Para el logro del primer objetivo específico, la información se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta que incluyó preguntas relacionadas con los aspectos sociodemográficos y de salud de la población estudio.

Para el resultado del segundo objetivo específico se realizó una entrevista semiestructurada donde se obtuvo información relevante y en profundidad sobre categorías como; motivos para alimentarse, estado de ánimo, preparaciones y alimentos favoritos, alimentos rechazados y alimentos no tolerados, esto se realizó por medio de preguntas abiertas y cerradas previamente establecidas.

Mientras que para el logro del tercer objetivo específico se aplicó el MNA; dando como resultado el estado nutricional de las adultas mayores.

5.4 Análisis de la información

Para el componente cualitativo se codificaron y transcribieron las entrevistas realizadas, luego se construyó una matriz de sistematización con las categorías planteadas y se ubicaron cada una de las narraciones que daban respuesta a las mismas, posteriormente se realizó análisis del discurso utilizando la técnica de agrupación y por último se revisaron todos los datos para conocer el resultado de las diferentes categorías planteadas. Para el componente cuantitativo se transcribieron las encuestas y resultados del MNA a través de Microsoft Office Excel® versión 2007 donde fueron analizadas y posteriormente graficadas.

6.0 RESULTADOS

En consideración con los objetivos planteados se realizó una aplicación 20 encuestas dirigidas y 20 entrevistas semiestructuradas con participación voluntaria de las adultas mayores pertenecientes al Centro de Protección Hogar Clarita Santos. A continuación, se presentan los resultados del estudio, donde se destaca en tablas o gráficas la información más relevante.

Tabla 3. Aspectos relacionados con el entorno familiar de las adultas mayores.

Variable	n=20	%	
Estado civil	Soltera	14	70
	Casada	3	15
	Divorciada	1	5
	Viuda	2	10
Número de hijos	0	12	60
	1	4	20
	2 o más	4	20
Acompañamiento familiar	Semanalmente	4	20
	Mensualmente	7	35
	Anualmente	1	5
	Nunca	8	40
Razón de estadía en el hogar	Abandono familiar	20	100

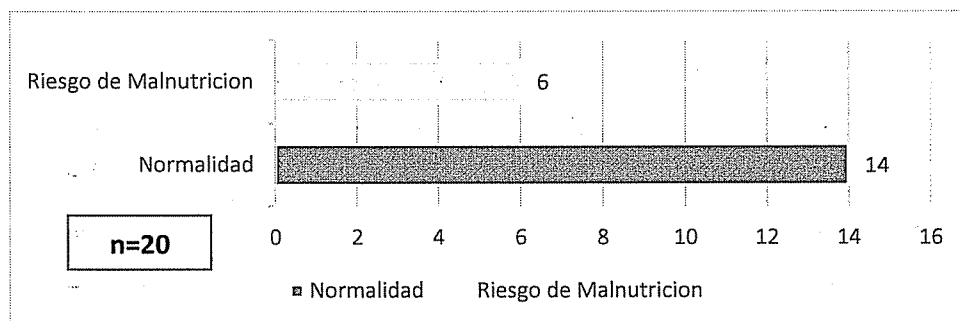
Se indagó acerca del lugar de nacimiento y algunos aspectos relacionados con la religión, donde en la tabla 4 se observa que el 40% de ellas nacieron en Bogotá y el restante proviene de otras regiones aledañas con mayor prevalencia en los departamentos de Santander y en la ciudad de Medellín, sin embargo, el 100% de ellas vive en Bogotá desde hace más de 10 años y practican la religión católica. Por otro lado, ninguna manifestó poseer creencias respecto a su alimentación, es decir, si le añaden beneficios espirituales a algún alimento o, por el contrario, no consumen cierto alimento por algún motivo, pregunta que surgió en la elaboración de la entrevista semiestructurada.

Tabla 4. Aspectos culturales y religiosos de las adultas mayores.

Variable	n=20	%	
Lugar de Nacimiento	Bogotá D.C.	8	40
	Santander	3	15
	Cundinamarca	5	5
	Medellín	2	10
	Otras regiones	2	10
Tiempo residiendo en Bogotá	Más de 10 años	20	100
Religión	Católica	20	100

En cuanto al estado nutricional de las 20 adultas mayores evaluadas, se observó que la aplicación del MNA dio como resultado que el 70% (n=14) de ellas se encuentran en un estado nutricional normal, mientras que el 30% (n=6) se hallan en riesgo de malnutrición (desnutrición).

Grafica 1. Resultados del Estado Nutricional según el MNA.



En la tabla 7 se resume la información de la frecuencia de consumo que se aplicó con el MNA, de la cual se identificaron algunos aspectos relacionados con los hábitos alimentarios:

Tabla 7. Factores referentes a la alimentación obtenidos de la aplicación del MNA

Variable	n=20	%
5 tiempos de comida diarios.	20	100
Consumo de lácteos una vez al día	20	100
Consumo de huevo y legumbres una vez a la semana	20	100
Consumo de carne, aves o pescado diariamente	19	95
Consumo de frutas 2 veces al día	20	100
Consumo diario de menos de 3 vasos de agua u otros líquidos	20	100

Es de importancia recalcar que las adultas mayores reciben en el Centro de Protección Hogar Clarita Santos una alimentación basada en los requerimientos y necesidades de acuerdo con las patologías diagnosticadas, sin embargo, las veinte adultas incluidas en el estudio reciben el mismo tipo de alimentación, baja en sodio y grasas saturadas.

Tabla 8. Convergencias y divergencias sobre si influye o no el estado de ánimo en la alimentación de las adultas mayores del Hogar Clarita Santos

Estado de animo	
Convergencias	Divergencias
Se alimentan siempre a pesar de su estado de ánimo (n=18).	Cuando se sienten tristes dejan de alimentarse debido a que no les provoca (007A, 0019M) (n=2)

8.3 Categoría: Preparaciones

Durante la entrevista se averiguo por las preparaciones preferidas y la razón de ello, la mayoría refirió que les gusta más los alimentos sudados ya que son más saludables porque no contienen grasa y son más blandos a la hora de masticar. *“Yo prefiero todo lo sudado, asado, hecho en agua, sin grasas, lo menos procesado que se pueda, además son más blandos para masticar”* (003F). Por el contrario, entre las convergencias mencionaron que prefieren los alimentos fritos ya que esa grasa que aportan le da un sabor más agradable, una de las narrativas expresa: *“Me gustan muchos los fritos, porque el frito tiene mucha grasa y esa grasa le da un sabor agradable a mi paladar”* (0020M).

Tabla 9. Convergencias y divergencias sobre en qué preparaciones prefieren las adultas mayores sus alimentos del Hogar Clarita Santos

Preparaciones	
Convergencias	Divergencias
Prefieren los alimentos sudados porque son más saludables y blandos a la hora de masticar (n=17).	Prefieren fritos ya que sus alimentos favoritos son las papas a la francesa y tajadas, reportan que el hecho de ser grasosos le da al paladar un sabor muy agradable (0020M, 009L, 001O) (n=3)

8.4 Categoría: Alimentos preferidos

Posteriormente se indagó sobre sus alimentos preferidos, donde se identificó gran gusto hacia todas las frutas en general, a las verduras, carbohidratos como pasta y arroz y de proteína específicamente el pollo y el pescado *“Uy a mí me gustan todas las frutas y todas las verduras, el arroz, la papa, la arracacha, el plátano y los frijoles son mis favoritos”* (0020M).

Tabla 11. Convergencias y divergencias sobre los alimentos rechazados de las adultas mayores del Hogar Clarita Santos

Alimentos rechazados	
Convergencias	Divergencias
La mayoría de las adultas mayores refieren consumir toda clase de alimentos sin tener alguno que no les guste. (n=19)	La adulta mayor ovolactovegetariana cuya dieta está basada en alimentos de origen vegetal (003F) (n=1).

8.6 Categoría: Alimentos no tolerados

Además, se les preguntó que alimentos generaban en ellas molestias al consumirlo a lo que la mayoría refirió que el consumir carnes de cualquier tipo generaba molestias de tipo gastrointestinal, mientras que de otras tres adultas dos refirieron que además de las carnes, el tinto les generaba dolor de cabeza y dolor a nivel estomacal.

“El tinto me genera dolor de cabeza y acidez en la boca del estómago y la carne ni se diga, me da mucho dolor de estómago y masticarla es muy difícil; ya no me gusta” (0010O).

Mientras que la tercera refirió únicamente que además del tinto el atún enlatado le causa diarrea *“El atún ahora me causa diarrea, antes me encantaba comérmelo con mayonesa”* (0012A)

Tabla 12. Convergencias y divergencias sobre los alimentos no tolerados respecto a la alimentación de las adultas mayores.

Alimentos no tolerados	
Convergencias	Divergencias
La mayoría de las adultas mayores refieren que el consumir carnes de cualquier tipo le genera molestias gastrointestinales (n=17).	Dos de las adultas mayores refieren que además de la carne el tinto les genera dolor de cabeza y dolor estomacal (0010O, 001O) (n=2) Una de las adultas mayores refiere además que el atún enlatado le causa diarrea (0012A) (n=1)

mismas adultas consuman 3 o más medicamentos diarios, lo que se considera polifarmacia y tiene incidencia directa en el estado nutricional de la población geriátrica, sin embargo, al igual que las adultas mayores clasificadas en edad avanzada, la mayoría también percibía su estado de salud como regular, a excepción de una de ellas quien refería que su estado de salud es bastante malo. Respecto a los hábitos alimentarios la mayoría no posee restricción alimentaria a excepción de una de las adultas mayores quien es ovolactovegetariana y desde hace años no consume ningún tipo de carne animal por decisión propia. Se encontró, además, que de las veinte adultas mayores, cuatro poseían dificultad para masticar, estas mismas cuatro no poseían prótesis dentales o solamente usaban la prótesis dental superior. Al mismo tiempo, al ser evaluadas por medio del MNA, se encontraban dentro de las seis adultas mayores en riesgo de malnutrición.

A pesar de esto, ninguna percibe pérdida de peso reciente y reportan estar comiendo igual que antes, es decir, su apetito no ha aumentado ni disminuido en los últimos meses, también se evidenció que la totalidad de las adultas mayores se movilizan dentro del domicilio sin ayuda, sin embargo, cuando requieren salir lo hacen con ayuda de alguna de las encargadas del Hogar a pesar de ninguna poseer problemas psicológicos.

Respecto al estado de ánimo, este no influye en la alimentación de la mayoría de las adultas mayores, sin embargo, existen dos de ellas que refieren que cuando están tristes dejan de comer, lo que puede ser solo un motivo más por lo cual al ser evaluadas por medio del MNA, se encuentre dentro de las seis adultas mayores en riesgo de malnutrición, sin embargo, se considera que esto solo puede ser un factor más ya que estas mismas adultas se encuentran dentro de las mismas que no poseen prótesis dentales y presentan dificultad para masticar.

En su mayoría prefieren las preparaciones sudadas por considerarlas más saludables y por ser más blandas al momento de masticar. Todas refieren consumir frutas, verduras, lácteos, farináceos, carnes y azúcares diariamente a excepción de la adulta mayor ovolactovegetariana ya que como se mencionó anteriormente no consume carne de ningún tipo, esta adulta mayor presenta un estado nutricional normal y es una de las pocas que percibe su estado de salud como bueno a pesar de presentar cuatro patologías y consumir cuatro medicamentos diarios. La mayoría de ellas perciben un vínculo entre su salud y su alimentación, solo cuatro de ellas refieren que no existe un vínculo y dos relatan no saber. De las cuatro que refirieron no establecer un vínculo, dos se encuentran en riesgo de malnutrición, mientras que una de las que refirió no saber también está en riesgo nutricional.

La mayoría de las adultas mayores son procedentes de Bogotá o tienen más de 10 años viviendo en la ciudad, por lo tanto, sus costumbres alimentarias han sido consideradas similares por parte del hogar, no obstante, durante la realización de la entrevista semiestructurada las procedentes de fuera de Bogotá refirieron que anhelan consumir la comida autóctona de su región, lo que coincide con un estudio realizado en Colombia respecto al comportamiento alimentario en hogares geriátricos, donde se concluye que los adultos mayores presentan una preferencia por los alimentos propios de su cultura tradicional, ya que les permite fortalecer su identidad y el valor simbólico de los alimentos, a pesar de tener tiempo residiendo en otro lugar (Troncoso, 2017).

Por otra parte, de las adultas mayores solo el 20% reportó dificultades para masticar, cabe destacar que al analizar los resultados de las encuestas se evidenció que este mismo 20% no utiliza prótesis dental, pero si presenta ausencia de varias piezas dentales, lo cual se considera la principal causa de este problema. Sin embargo, existe un 5% más que refirió no tener prótesis dentales, pero no reportó problema alguno al masticar ya que según indicó, se acostumbró a masticar con las encías de los molares. El restante posee prótesis dentales, lo que resulta beneficioso ya que según un estudio realizado en Colombia por Cárdenas et al (2012) se encontró que la falta de dientes sumada a la ausencia de prótesis dentales tiene una relación directa con la salud, debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria conlleva a una alteración del estado nutricional.

En cuanto a los factores que influyen en la formación de hábitos alimentarios se evidenció que todas las adultas mayores evaluadas predicaban la religión Católica Apostólica, esto sugiere que no tienen restricción alimentaria diferente al periodo de cuaresma y semana santa, tampoco se identificó algún tipo de creencia frente a la alimentación.

Referente a la alimentación se encuentra una adulta ovolactovegetariana que desde hace más de 40 años refirió iniciar yoga y posteriormente adentrarse en el vegetarianismo por recomendación de sus profesores con el objetivo de mejorar su salud lo que se relaciona con los resultados arrojados de un estudio realizado en Chile donde los adultos mayores adoptan este tipo de dieta para mejorar su salud; mientras que un estudio realizado en Ecuador nombra los principios animalistas como primera opción, sin embargo, la adulta mayor refirió practicarlo por salud. (Rojas, D., Figueras, F., & Duran, S., 2017).

En cuanto al estado nutricional, los resultados arrojados por la aplicación del MNA mostraron que el 70% de las adultas se encontraba con estado nutricional normal, mientras que el 30% restante se identificó en riesgo de malnutrición, lo que puede deberse a múltiples factores: ausencia de prótesis dentales, dificultad para masticar, estado de ánimo, consumo de medicamentos, alimentación, entre otros.

En relación con el análisis de las categorías, en la primera, "motivos para alimentarse" se obtuvo de manera masiva a excepción de una adulta mayor que todas se alimentan ya que es necesario para poder vivir y realizar sus actividades cotidianas, esto es similar a los resultados obtenidos en un estudio realizado en Colombia donde refiere que la mayoría de los adultos mayores se alimenta para poder vivir, tener vitalidad, preservar la salud y reflejarlo en emociones como la felicidad y alegría (Hernández, 2017).

Para la categoría de "estado de ánimo" se encontró que la mayoría se alimentaba a pesar de su estado de ánimo deteriorado mientras que, dos de ellas refirieron disminuir el consumo de alimentos cuando se sentían tristes, lo que concuerda con un estudio realizado en Chile referente al estado de ánimo y su relación con el consumo de alimentos donde se reportó que el 38% de los adultos mayores disminuye el consumo y un 6% lo aumenta cuando se altera su estado emocional, mientras que el 44% de la población restante se mantiene normal (Restrepo et al, 2006).

Para la categoría "preparaciones" se evidenció que la mayoría de ellas preferían las preparaciones sudadas ya que eran más saludables y blandas a la hora de masticar, hecho que coincide con los resultados arrojados en el estudio de Hernández (2017) realizado en Colombia, donde refiere que los adultos mayores prefieren preparaciones bajas en grasa.

Además, esto se relaciona con la importancia que estas personas otorgan a la alimentación y al cuidado de su salud ya que la mayor parte de la población asocia que la alimentación contribuye a una buena salud y previene enfermedades, afirman que el consumo de ciertos alimentos como los carbohidratos, el azúcar, la sal y las carnes rojas pueden causar enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial y artrosis lo que concuerda con un estudio realizado en Colombia en adultos mayores no institucionalizados donde los mismos identifican los alimentos que en grandes cantidades pueden ser un factor causal de X enfermedad (Hernández, 2017).

El lugar de nacimiento/origen influye en los gustos y preferencias alimentarias mientras que la religión no intervino en los comportamientos alimentarios del grupo estudiado ya que todas pertenecen a la religión católica, y son pocas las prohibiciones respecto a los alimentos.

Respecto al estado nutricional, evaluado mediante el MNA la mayoría de las adultas mayores se encontraba en normalidad, el 30% restante estaba en riesgo de malnutrición, lo cual está relacionado con diversos factores como: edad y cambios fisiológicos del organismo, número y tipo de patologías diagnosticadas, número de medicamentos consumidos diariamente, dificultad para masticar y deglutir, presencia o no de prótesis dentales, estado de ánimo, motivos para alimentarse y el reconocimiento o no de un vínculo entre su salud y su alimentación.

RECOMENDACIONES

Se recomienda para futuras estudios hacer investigaciones con abordaje cualitativo y otras de tipo analítico donde se establezcan relaciones causa-efecto de las diferentes variables aquí presentadas. Además, se recomienda de manera específica realizar análisis cuantitativo de la alimentación ofertada por el servicio de alimentación vs la requerida por la adulta mayor verificando si cumple con las leyes dictadas por Pedro Escudero (CESAI).

Para la institución:

Se sugiere realizar actividades (talleres) de Educación Alimentaria y Nutricional enfocadas en las necesidades de esta población con el fin de que relacionen su alimentación con las patologías asociadas. Aclarando la importancia que tiene la dieta prescrita sobre su salud y que así no vean la alimentación como algo obligatorio.

Se sugiere que el servicio de alimentación del Hogar ofrezca preparaciones típicas regionales con determinada frecuencia ya que solo el 40% de las adultas nacieron en Bogotá, el resto proviene de estas zonas aledañas, por lo que el realizar este tipo de talleres les permitiría satisfacer gustos y preferencias relacionados con su cultura, además de trasladarse en el tiempo hacia sus hogares, su familia, donde en algún momento fueron felices.

Se sugiere verificar todo lo referente al proceso de servido de los alimentos por parte del Servicio de Alimentación verificando que se cumplan las cantidades establecidas en la minuta patrón y además que sea servido de acuerdo a las necesidades y patologías de la adulta mayor.

Se sugiere realizar una evaluación del consumo donde se verifique que todo lo ofrecido sea consumido por las adultas mayores.

12. Hernández, M (2017). *El significado de la alimentación para los adultos mayores no institucionalizados de un programa de atención en Bogotá, Colombia*.
13. Hogar Clarita Santos (2012). Recuperado de http://www.hogarclaritasantos.co/nuestro_hogar/historia.html
14. Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Envejecimiento Demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
15. Naciones Unidas. (2014). La situación geográfica en el mundo 2014 (p.38) Nueva York. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise.Report.on.the.World.Population.Situation.2014/es.pdf>
16. Naciones Unidas. (2015) World Population Prospects
17. OMS (2015). *Informe mundial sobre el Envejecimiento y Salud*. Recuperado de [file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Envejecimiento OMS 2015.pdf](file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Envejecimiento%20OMS%202015.pdf)
18. Oviedo, G (2004). *La definición del concepto de percepción en psicología con base a la teoría de Gestalt*. Recuperado de <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/res18.2004.08>
18. Otzen & Mantetola (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
19. Palacio, D., Cajigas, B., Rodriguez, J., Helfer, S., Valdes, A., Perez, J., & Palacio, A. (2007). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (p.50). Bogotá. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos>
20. Pérez, C., Aranceta, J., Salvador, G., & Varela, G (2015). *Métodos de frecuencia de consumo alimentario*. Recuperado de <http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC2015supl1FFQ.pdf>
21. Restrepo, M., Morales, R., Ramírez, M., Lopez, M., & Varela, L (2006). *Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud*. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006

clasificación del estado nutricional de las adultas mayores del "Hogar Clarita Santos" Bogotá, Colombia.

El estudio proporcionará información básica sobre los factores que influyen en el estado nutricional y consumo de alimentos de las adultas mayores, con el fin de adquirir conocimientos acerca de esta población y obtener información oportuna para posteriormente formular estrategias e intervenciones enfocadas en favorecer un estado nutricional adecuado.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Será criterio de inclusión ser una persona mayor de 60 años y pertenecer a el Centro de Protección "Hogar Clarita Santos" sede Bogotá, y el único criterio de exclusión será la no aceptación de participar en el estudio.

A la adulta mayor que participe en el estudio:

1. Se le aplicará una encuesta sobre aspectos socioeconómicos y de salud
2. Se le realizará una entrevista con preguntas abiertas previamente establecidas teniendo en cuenta el tema principal del estudio
3. Se aplicará el MNA para identificar el estado nutricional de la adulta mayor

El estudio NO representa ningún costo económico. El estudio cumple con los principios éticos establecidos para investigación

La información recolectada será manejada de forma confidencial y solamente para fines académicos. Cualquier duda que surja será aclarada por la profesora Luisa Fernanda Tobar (teléfono: 3208320 ext: 4139 correo:ltobar@javeriana.edu.co). Este consentimiento tendrá validez por un periodo de dos años (junio 2018 – junio 2020), hasta que se culmine la etapa de publicación de resultados. El consentimiento se diligenciará en duplicado y el participante recibirá una copia.

Mi participación es voluntaria por lo cual en constancia firmo este consentimiento informado junto al investigador que me brindó la información

¿Para usted es importante alimentarse? ¿Por qué?	alimentos? Ejemplo: Cuando usted se siente triste, ¿Deja de comer?	frito, hervido, etc) ¿Por qué?			cuando lo consume? Describa que le produce	su alimentación? ¿Por qué? Describa como. ¿Cree que el hecho de alimentarse bien puede beneficiar su salud?
--	--	--------------------------------	--	--	--	---

Anexo 3: Encuesta

PERCEPCION DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CLASIFICACION DE ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ADULTAS MAYORES. "HOGAR CLARITA SANTOS" BOGOTÁ, COLOMBIA

Aspectos Generales

Nombre y Apellido: _____

Edad: ____

Fecha de nacimiento: _____

Procedencia: _____

Hace cuánto tiempo vive en Bogotá: _____

1. ¿Cuál es su estado civil actual? Soltero ___ Casado ___ Unión libre ___ Viudo ___
Divorciado ___

Entorno Familiar

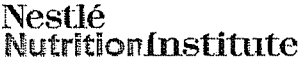
			Viudo	
Número de hijos	Número de hijos	Ordinal	Un rango de 0 en adelante	¿Cuántos hijos tiene?
Acompañamiento familiar	Definir la frecuencia con la que comparte tiempo con su familia	Nominal	Diariamente Semanalmente Mensualmente Anualmente Nunca	¿Recibe visita de algún familiar o amigo regularmente?
Motivo de residencia en el hogar Clarita Santos	Definir porque está viviendo actualmente en el hogar Clarita Santos	Nominal	Falta de tiempo por parte de los familiares Abandono por parte de los familiares Falta de capacidad económica de los familiares para el mantenimiento	¿Por qué se encuentra en el Hogar Clarita Santos?
Aspectos Culturales y religiosos				
Lugar de Nacimiento	Identificar el lugar de nacimiento	Nominal	Bogotá o los diferentes 32 departamentos de Colombia	¿Dónde nació?
Tiempo residiendo en Bogotá	Identificar el tiempo que lleva viviendo en Bogotá	Ordinal	Días, meses o años	¿Cuánto tiempo tiene residiendo en Bogotá?
Religión	Identificar si profesa alguna religión	Nominal	Católica Evangélica Testigo de Jehová Ateo	¿A qué religión pertenece?
Influencia en creencias en alimentación	Identificar si las creencias influyen en la alimentación	Nominal	Creencias, mitos o tabús	¿Tiene alguna creencia, mito o tabú sobre los alimentos?
Aspectos Salud				

	alguna dificultad dental o para tragar			masticar o tragar los alimentos?
--	--	--	--	----------------------------------

Anexo 5: Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



Apellidos: _____ Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Fecha: _____

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

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltado apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no 0.0 = 0 o 1 sies 0.5 = 2 sies 1.0 = 3 sies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada	<input type="checkbox"/>