Universidad Estatal del Sur de Manabí

Creada el 7 de Febrero del año 2001, según Registro Oficial 261

UNIDAD ACADEMICA CIENCIAS DE LA SALUD- CARRERA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO LICENCIADA DE ENFERMERIA

TEMA:

"INADECUADA ALIMENTACION E IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA ASOCIACION DE JUBILADOS PENSIONISTAS Y MONTEPIO DEL I.E.S.S. DEL CANTÓN JIPIJAPA

AUTORA:

EGDA. EMMA TARCILA PEÑAFIEL LINO

DIRECTORA DE TESIS:

LCDA MONSERRATE MERINO CONFORME

Jipijapa – Manabí - Ecuador
2012

TEMA

“INADECUADA ALIMENTACION E IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA ASOCIACION DE JUBILADOS PENSIONISTAS Y MONTEPIO DEL I.E.S.S. DEL CANTÓN JIPIJAPA.

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada en primer lugar esa persona que te da aliento y que está ahí para seguir adelante no solo espiritualmente , si no económicamente durante mi preparación profesional mi mama **ENMA** , mi amiga , mi ángel porque gracias a ella supere los obstáculos que me ha puesto la vida , a mi esposo e hijos por ayudarme , en esta etapa de mi vida y a todas aquellas personas que me apoyaron y que en un momento me ayudaron y explicaron como poder realizar este trabajo de investigación .

ENMA TARCILA PEÑÁFIEL LINO

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecerle principalmente a Dios por darme le fuerza, el valor, el ánimo y la fortaleza suficiente para culminar mi tesis, también a todas aquellas personas que estuvieron alrededor mío ayudándome.

A esa persona linda de corazón, quien fue unas de mis guías para poder desarrollar mi trabajo y que estuvo desde un comienzo apoyándome gracias **LCDA. CARMEN BAQUE** que sin esperar nada a cambio y siempre positiva me brindo todo su apoyo y confianza.

Le doy las gracias a mi hermano Alberto quien quiero y respeto quien me ayudo a formular el tema de tesis, **BETSY** una amiga incondicional quien fue una de las partes principales en la elaboración de mi trabajo mi tutora de tesis **LCDA .MONSERRATE MERINO CONFORME**, por darme su opinión, y realizar la corrección de este trabajo investigativo, a el **DR. BYRON GONSALEZ** por su apoyo**,** mis más sinceros agradecimientos a la **LCDA. TANIA ALCAZAR** por su dedicación para con nosotras y dar por culminado esta tesis.

ENMA TARCILA PEÑÁFIEL LINO

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

La suscrita **Mgr. Monserrate Merino Conforme**. Directora de Tesis, certifica haber asesorado minuciosamente el proceso de desarrollo de la investigación, titulada: "**INADECUADA ALIMENTACION E IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA ASOCIACION DE JUBILADOS PENSIONISTAS Y MONTEPIO DEL I.E.S.S. DEL CANTÓN JIPIJAPA DURANTE EL PERIODO DE JUNIO - DICIEMBRE 2011**" cuya autora es **Enma Tarcila Peñafiel Lino** Egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Tesis elaborada de acuerdo a las normas técnicas de investigación y en base a las normativas vigentes de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, por lo que se autoriza su presentación ante las instancias Universitarias correspondientes.

Es cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Lcda. Monserrate Merino Conforme
Directora de Tesis

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN

Sometida a consideración del Tribunal examinador de la Unidad Académica de ciencia de la salud de la **UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ**, como requisito parcial para obtener el título de licenciatura en Enfermería

APROBADA POR EL TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. BYRON GONZALEZ VASQUEZ
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

LCDA. TANIA ALCAZAR PICHUCHO
MIEMBRO TRIBUNAL

LCDA. VICCIA SORNOZA PIN
MIEMBRO TRIBUNAL

DR. ANTONIO GONZALEZ VASQUEZ
SECRETARIO GENERAL – PROCURADOR

CERTIFICACION DE DERECHO DE AUTORIA AUTORÍA

Los conceptos, ideas y planteamientos que se exponen en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores. El patrimonio de la misma es de propiedad de la Universidad Estatal del Sur de Manabí.

ENMA TARCILA PEÑÁFIEL LINO

PRELIMINAR

TEMA	**i**
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS	iv
CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVICION	v
CERTIFICACION DE DERECHO DEAUTORIA	vi
INDICE	vii
RESUMEN	x
SUMARY	xi
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
2.1. Antecedentes	
2.2. Justificación	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
4. OBJETIVOS	12
4.1. Objetivo general	
4.2. Objetivos específicos	
5. MARCO TEÓRICO	13
5.1. ADULTOS MAYORES	
5.1.1. CARACTERISTICAS SOCIO ECONOMICA DEL ADULTO MAYORES.	14

5.1.2. EXCESIVO CONSUMO DE MEDICAMENTOS. 16

5.2. ESTADO NUTRICIONAL 16

5.2. 1. NUTRICIÓN Y ENVEJECIMIENTO 18

5.2.2. ESTADO NUTRICIONAL EN EUTROFICOS 19

5.2.3. CLASIFICACION DE LA DESNUTRICIÓN 19

5.2.4. CAUSAS DE LA DESNUTRICION 20

5.2.5. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES 23

5.2.6. MAL APROVECHAMIENTO DE NUTRIENTES 26

5.2.7 CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DE MALNUTRICION. 27

5.2.8. EFECTOS DE LA MALNUTRICION SOBRE LA MASA Y FUNCION DE LOS ORGANOS. IMPACTO DE LA REALIMENTACION 28

5.3 EVALUACION DE LAS PERSONAS DESNUTRIDAS 34

5.3.1 MEDIDAS ANTOPOMETRICAS 36

5.3.2. PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL 38

5.3.3. PRESENTACION DE LAS ENFERMEDADES EN EL ADULTO MAYOR, CARACTERÍSTICAS DE LA ANAMNESIS Y EL EXAMEN FÍSICO. 43

5.3.5. ACEPTACION DE ENFERMEDAD 43

5.4. CAMBIOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RIESGO NUTRICIONAL. 45

5.4.1. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DEL ANCIANO CON SU FAMILIA 47

5.4.2. COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS DEL ANCIANO 51

5.4.3. RELACIONES SOCIALES DEL ANCIANO 51

5.4.4. CAMBIOS EN LAS RELACIONES SOCIALES 53

6. HIPÓTESIS 54

6.1. Hipótesis General

6.2. Hipótesis Específicas

7. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES 55
7.1. Variable Independiente:
7.2. Variable Dependiente:

8. DISEÑO METODOLÓGICO 59

8.1. Población y Muestra.

8.2. Recursos.
8.2.1. Humanos.

8.2.2. Materiales.

8.3. Tipo de estudio

8.4. Técnicas e instrumentos

8.4.1. Técnicas

8.4.2. Instrumentos

8.5. Proceso metodológico de la investigación.

9. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS 63

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 89

11. PROPUESTA 91

12. CRONOGRAMA 97

13 PRESUPUESTO 102

14. BIBLIOGRAFIA 119

ANEXO

RESUMEN

Se evaluó el estado de nutrición de los adultos mayores de la asociación de jubilados pensionistas y montepío del IESS Cantón jipijapa, para una valoración completa se utilizó las historias clínicas, encuestas, midieron concentraciones séricas de hemoglobina, hematocritos, pre albúmina, lípidos, glucosa y pruebas leucocitarias.

Se valoró la importancia de una adecuada alimentación en el adulto mayor que permitan un buen equilibrio y un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial.

Se aplicó un estudio comparativo, descriptivo a los jubilados en la cual se detectó un porcentaje de eutróficos. En riesgo de desnutrición. Se utilizó estadística descriptiva para analizar variables demográficas.

De acuerdo al peso y talla se calculó el IMC donde se verifico que el 37,50% están con bajo peso; 17,50 % infra peso; están nutridos en un 10 %; 16,25 %tienen sobrepeso; obesidad tipo 1 con un equivalente al 5%; y con obesidad tipo 2en un 6,25%.

En base al 50% de universo total de muestras se tomó los exámenes de laboratorio a las personas forman parte de esta asociación, lo cual se obtuvo los siguientes resultados de acuerdo con los parámetros normales, establecidos en el adulto mayor se encontraron7.5% 6 personas con anemia leve cuyos porcentajes son de 11-11,5; hubieron 2 personas con 9,9.

SUMMARY

There evaluated the condition of nutrition of the major adults of the association of retired pensioners and widows' and orphans' fund of the IESS Canton Panama hat, for a complete valuation one used the clinical histories, you poll, they measured concentrations séricas of hemoglobin, hematocritos, pre albumen, lipids, glucose and tests leucocitarias.

There was valued the importance of a suitable supply for the major adult that they allow a good balance and an acceptable free bill of health of pathologies that restrict his development as entity biopsicosocial.

There was applied a comparative, descriptive study to the pensioners in which a percentage was detected of eutróficos, in risk of malnutrition. Descriptive statistics was in use for analyzing demographic variables.

In agreement to the weight and height it was calculated the IMC where I check that 37,50 % is with low weight; 17,50 % infra weigh; they are nourished in 10 %; 16,25 % tienen overweight; obesity type 1 with an equivalent 5 %; and with obesity type 6,25 %.

On the basis of 50 % of total universe of samples one took the laborator examinations to the persons they form a part of this association, which obtained the following results of agreement with the normal parameters established in the major adult encontraron7, 5 % 6 persons with slight anemia which percentages are of 11- 11,5; there had 2 persons with 9,9.

1. INTRODUCCION

Según Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el aumento de la población de adultos mayores a nivel mundial es objeto de discusión en este momento. A partir de 1950 la proporción de adultos mayores de 65 años en los países desarrollados ha aumentado desde un 8%hasta un 14% en la actualidad y se estima que éstos llegarán a conformar el 25% en el año 2050.

Se estima que en el último censo poblacional efectuado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el Ecuador existen 1’229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429), seguido de la costa (589.431); en su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad.

De acuerdo al último censo se pudo registrar que en la provincia de Manabí tiene un buen número de longevos. Se registraron 3.734 personas adultas mayores, de entre los cuales se totalizan 805 personas de 90 a 113 años de edad.

Este grupo etario es muy heterogéneo y los cambios son individuales, no existe un momento biológico a partir del cual se inicie la tercera edad, reconociéndose el papel de la herencia genética, aunque no menos importantes son otros aspectos como una adecuada nutrición, las enfermedades asociadas, el ambiente y los hábitos de vida saludables.

En este grupo se observa con frecuencia problemas de desnutrición, debido a la presencia de cambios físicos, psíquicos, biológicos y sociales. Aumentan las enfermedades crónicas que en muchos casos son invalidantes y deterioran la salud del individuo, aumentando la morbilidad y la mortalidad. Si el ambiente social es desfavorable para el anciano la tendencia será a un peor estado nutricional en él.

De todos es conocido que con la edad disminuyen las funciones gastrointestinales, se producen cambios fisiológicos que disminuyen la masa muscular (sarcopenia), la densidad ósea, el contenido proteico total, los componentes celulares y moleculares que participan en las respuestas de defensa del organismo. Además la capacidad para realizar funciones y actividades de la vida cotidiana limita su grado de independencia.

En el presente estudio se valorará la importancia de una adecuada alimentación en los ancianos, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de los longevos manteniéndolos libres de patologías, también se clasificará el grupo etario de acuerdo a la edad y sexo, lo que nos permitirá determinar las patologías más comunes producto de los malos hábitos alimenticios de los adultos mayores de la Asociación de jubilados, pensionistas y montepío del IESS del Cantón Jipijapa de la Provincia de Manabí.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. ANTECEDENTES

Los ancianos son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, pero esto no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. Así como ha aumentado el número de ancianos, aparentemente también ha aumentado entre ellos la incidencia de problemas relacionados con su nutrición, como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad (Schneider, 2006). Esto es preocupante, ya que la nutrición es un factor de riesgo para la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas e incapacitantes. Debido a lo anterior, el envejecimiento demográfico puede significar para los adultos mayores una disminución en su calidad de vida por el aumento de problemas relacionados con su salud, discapacidad y problemas nutricionales , lo que a su vez, implica un aumento en los costos por parte de los sistema de salud y por parte de los ancianos. Desgraciadamente, los sistemas de salud en el mundo difícilmente podrán solventar estos gastos debido a que la mayoría ha entrado en una situación crítica cuyo futuro es incierto.

A partir de los 60 años las necesidades calóricas (calorías a ingerir por día) disminuyen un 10% por cada década de la vida, consecuencia de que tanto el gasto energético basal (en reposo) como la actividad física disminuyen con la edad. Pero, además, con la edad hay cambios en las necesidades de algunos nutrientes. Existe un discreto aumento de las necesidades proteicas (de 1 a 1,2 g/kg/día) y parecen estar incrementados los requerimientos de vitamina B_1, vitamina B_{12}, folato, vitamina C, vitamina D y calcio.Asociada pues la crisis de los sistemas de salud al envejecimiento de la población

la atención mundial se enfoca a lograr construir o identificar sistemas de salud costo-eficientes que permitan prevenir o atrasar la institucionalización del anciano y promuevan su dignidad, su independencia y su calidad de vida. Con este fin, se pretende diseñar programas de nutrición dirigidos al anciano, ya que dentro de los principales factores de riesgo modificables para la prevención de las enfermedades crónicas y sus complicaciones, está la nutrición.[1].

La nutrición es pues en el anciano un problema de salud pública que está posicionándose entre los primeros. Finalmente, se platea el reto al que se enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo al ser la nutrición del anciano un problema de salud pública. Su frecuencia en la población general de personas mayores no es alta (probablemente no supera el 5%), pero aumenta enormemente en ancianos frágiles u hospitalizados, en los que puede alcanzar el 50%.Por tanto, afecta especialmente a los mayores que precisan mayor atención sanitaria, complicando muchas veces problemas de salud y sociales previamente ya complejos.

La desnutrición no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, pero con el aumento de la edad se producen algunos cambios en la composición del organismo. En las personas mayores sanas disminuye la masa muscular magra aquella formada por (huesos y músculos), fundamentalmente aumenta el contenido de grasa a casi el doble que en la edad adulta.

---

[1]Schneider MJ. 2006 Public health and the aging population. In: Schneider MJ, ed. *Introduction tothe public health* 2a ed. Ontario: Jones and Bartlett Publishers 489-512.

La pérdida de masa magra es fundamentalmente muscular, pero otros órganos, como el cerebro o el hígado, también reducen su tamaño con la edad. [2]

2.2. JUSTIFICACIÓN

[2]Correia MITD, Campos AC. 2003 Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: themulticenter ELAN study. Nutrition. 19:823-5.

Los adultos mayores constituyen un sector muy heterogéneo de la población y son múltiples los factores físicos, materiales, psicológicos y sociales que pueden influir en su aporte nutricional.

Esos factores interactúan con otros elementos que determinan la compra, la preparación de las comidas y el consumo de los alimentos produciendo un desequilibrio en alguno de esos factores, estos puede llevar al adulto mayor a la desnutrición sobrepeso y obesidad.

Ese desequilibrio puede producir cambios en el organismo y las funciones fisiológicas asociados con el envejecimiento, como la disminución en la producción de saliva, los cambios en la percepción de los sabores y en el vaciamiento gástrico, entre otros), el consumo de medicamentos y las enfermedades crónicas (diabetes, artrosis, etc.)[3]

Algunos factores psicosociales, como la soledad, contar con una red de apoyo social deficiente y los problemas económicas lo cual dificultan el acceso a los alimentos , también están asociados con él durante la evaluación clínica de los adultos mayores, muchas veces se minimiza la importancia de estos factores psicosociales, lo que impide tener una visión más amplia de los elementos que determinan el estado nutricional de estos pacientes y establecer las medidas preventivas necesarias para evitar las enfermedades relacionadas con la desnutrición.

3**Novelo H. Aspectos demográficos del adulto mayor. NutrClin. 2003;6:63–9.**

La población anciana ha crecido en los últimos años y se provee un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta.

Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor. El envejecimiento de la población es un hecho mundial. Pero aunque vivamos más años, esto no significa que vayamos a vivir mejor, ya que se ha cuestionado si una reducción en la mortalidad significa prolongar los años con discapacidades y enfermedades crónicas.

La nutrición juega un papel protagónico en esa situación, ya que está relacionada con la aparición y mantenimiento de estas enfermedades. Además de lo anterior, el hecho de vivir más años no significa tener un mejor estado nutricional, puesto que una gran proporción de ancianos tiene problemas de desnutrición, sobrepeso u obesidad, con repercusiones fatales en su calidad de vida y en los costos médicos de atención. Además de esto, los sistemas de salud en todo el mundo están en crisis y difícilmente podrán sostener el reto que implica una población anciana con problemas crónicos, discapacidades y además, con problemas de nutrición que afectan aún más su vida y los costos de los sistemas de salud. A su vez, éstos no podrán lograr sostenerlos si no se planean programas de nutrición dirigidos específicamente a las necesidades del anciano.

Por todas estas situaciones, la nutrición del anciano se convierte en un serio problema de salud pública y una prioridad en todo el mundo. El reto al que nos enfrentamos es el de la prevención de estos problemas de salud y nutrición desde etapas tempranas de la vida, ya que si logramos llevar desde entonces un estilo de vida saludable, con una alimentación balanceada y con la práctica regular del ejercicio, lograremos tener un envejecimiento exitoso.

Este trabajo investigativo nos permitirá tener una noción clara de las deficiencias que puede tener el IESS en cuanto a la integración de un profesional en nutrición que ayude al adulto mayor que acude en esta institución a mejorar su estado de salud.

El objetivo del presente trabajo es valorar la importancia de una adecuada alimentación en el adulto mayor que permita equilibrar un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen una serie de elementos relacionados con el envejecimiento que se asocian de forma directa con la desnutrición. Entre ellos destaca una mayor frecuencia de trastornos

del ánimo así como de problemas cognitivos que favorecen rechazo y conductas alteradas de alimentación que conllevan a una progresiva pérdida de peso anemia y por ende un sinnúmero de patologías.

También se encuentra disminuida la sensación del gusto y del olfato, por lo tanto existe una menor posibilidad de diferenciar sabores.

Otras privaciones sensoriales que se producen son la disminución de la visión y la sordera, las que generan una menor capacidad para efectuar actividades de la vida diaria, con la consecuente mayor dificultad para obtener y preparar el alimento.

Todo lo anterior lleva a un mayor consumo de alimentos fáciles, como los hidratos de carbono, que suelen producir distensión gastrointestinal y por lo tanto, una sensación precoz de plenitud, la que se ve acrecentada por el retardo, vaciamiento gástrico, y el tránsito intestinal, propio del adulto mayor , la a absorción también puede verse alterada una disminución en la producción de jugos gástricos determinará una menor digestión de proteínas.

Con el incremento de la esperanza de vida, el deseo de mantener una buena salud, funcionalidad y una máxima calidad de vida en edades avanzadas constituye una prioridad en los ancianos. Aunque la genética es un determinante de esta expectativa de vida, existen otros factores extrínsecos directamente implicados en la calidad de vida del anciano, entre los que cabe destacar la alimentación. La dieta y el estado nutricional tienen gran influencia, particularmente en la prevención o tratamiento de diversas enfermedades que afectan a este grupo, uno de los más heterogéneos y vulnerables de la

población de los países desarrollados con un mayor riesgo de sufrir desequilibrios, carencias y problemas nutricionales. Esto es debido, por un lado, a que las necesidades de algunos nutrientes pueden ser mayores que en etapas anteriores y por otro, a su menor capacidad para regular todos los procesos relacionados con la ingesta de alimentos como consecuencia del progresivo deterioro de casi todas las funciones biológicas. Los numerosos cambios físicos, psíquicos y sociales que acompañan al envejecimiento y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, también contribuyen a esta situación.

Problema General

¿Cómo valorar la importancia de una adecuada alimentación en el adulto mayor que permita equilibrar un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial?

Problemas Específicos

¿Cómo categorizar el estado nutricional del adulto mayor por edad y sexo?

¿Cómo determinar las patologías más comunes por la mala alimentación?

¿Cómo identificar las características socioeconómicas de los adultos mayores de la asociación de jubilados?

Delimitación del Problema

La inadecuada alimentación e impacto en el estado nutricional del adulto de la Asociación de Jubilados Pensionista y Montepío se la realizará en el Instituto

Ecuatoriano de Seguridad Social del Cantón Jipijapa durante el periodo de Junio a Diciembre de 2011.

Campo	UNESUM
Área	Ciencia de la Salud
Aspecto	Estado nutricional
Problema	¿Cómo valorar la importancia de una adecuada alimentación en el adulto mayor que permita equilibrar un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial?
Tema	"Inadecuada alimentación e impacto en el estado nutricional del adulto mayor de la asociación de jubilados pensionistas y montepío del I.E.S.S
Delimitación espacial	Asociación de jubilados pensionista y montepío del IESS
Delimitación Temporal	Julio2011 –febrero 2012.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Valorar la importancia de una adecuada alimentación en el adulto mayor que permita equilibrar un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial.

4.2. Objetivos Específicos

- Categorizar el estado nutricional del adulto mayor por edad y sexo.
- Determinar las patologías más comunes por la mala alimentación.
- Identificar las características socioeconómicas de los adultos mayores de la asociación de jubilados.
- Propuesta de una guía nutricional.

5. LINEAMIENTO DEL MARCO TEÓRICO

5.1. ADULTOS MAYORES.

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentas con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable).

Como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas.

La anterior concepción de la tercera edad en la mayoría de los casos se encuentra bastante alejada de la realidad que estas personas viven. Muchas veces siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos los sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida[4].

Que se haya llevado desde etapas tempranas de la vida (incluso desde la etapa gestacional y algunos sugieren que previo a la concepción), y también de la funcionalidad del individuo.

5.1.1. CARACTERISTICAS SOCIO ECONOMICA DEL ADULTO MAYORES.

El adulto mayor que presenta avanzados niveles de autonomía social, psicológica y económica busca vivir físicamente independiente de su familia, manteniendo lazos directos con sus familiares. Sin embargo, cuando esta situación no puede darse por dificultades económicas o de salud, el adulto mayor opta por vivir con aquel pariente que cuente con las mejores condiciones materiales y afectivas para recibirlo.

Es así como las estadísticas nos muestran que en su mayoría son las hijas quienes reciben a sus padres en sus hogares para hacerse cargo de sus necesidades, a cambio de la administración de sus ingresos.

[4]Comité Nacional del Adulto Mayor (1996). Política nacional para el adulto mayor. Documentocompleto. Chile.

Pero, al margen de esta característica de orden casi geográfico (donde y con quien vive el adulto mayor), llama la atención que a nivel de relaciones familiares, y puntualmente de límites familiares, se observan dos grandes tendencias:

-Adultos mayores que viviendo o no bajo el mismo techo que sus familiares cercanos, presentan claros límites en sus relaciones familiares, es decir, cumplen su rol de abuelos, mantiene sanas relaciones con grupos de pares, ocupan con creatividad su tiempo libre, toman sus decisiones de manera independiente y tiene un propio proyecto de vida.

-Adultos mayores que al margen de sus compañeros de vivienda, mantienen relaciones simbióticas con sus familiares, es decir, carecen de límites claros, estableciendo límites de carácter difuso. Esto los lleva a tomar el rol de padres de sus nietos, o en algunos casos nuevos hijos de sus propios hijos, estableciendo inadecuados lazos de dependencia. Siendo incapaces de tomar decisiones personales sin consultar, careciendo de un proyecto de vida personal que responda a sus necesidades subjetivas, etc.

Esta última tendencia, lleva en muchos casos al aislamiento, la soledad y la vejez no asumida como etapa vital íntegra, no importando si viven en la misma vivienda de sus familiares, pues aparece un factor social más predominante y de difícil diagnóstico que limita un adecuado enfrentamiento de un envejecimiento activo y autónomo.

5.1.2. EXCESIVO CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

Mientras mayor sea la cantidad de medicamentos que tome el anciano, mayor esel riesgo de presentar efectos secundarios como: cambios en el apetito, gusto, Estreñimiento,

debilidad, somnolencia, diarrea, náusea y otros trastornos nutricionales, esto conlleva a un desequilibrio del organismo.

5.2. ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional es la condición del organismo que resulta de la absorción y utilización de los alimentos ingeridos y de los factores de índole biopsicosocial, que intervienen como condicionantes en ese estado cuya valoración se hace en forma directa mediante el uso de indicadores antropométricos , clínico-nutricionales, bioquímicos, hematológicos y parasitológicos.[5] Éste puede ser bueno, regular o malo, según la ingestión de los elementos dietéticos esenciales, la necesidad relativa de ellos y la capacidad corporal para utilizarlos.

Corrientemente se utilizan las medidas antropométricas para construir indicadores de riesgo o daño nutricional, lográndose un nivel adecuado de exactitud y replicabilidad. Los más utilizados son el peso, la talla, el perímetro braquial, aun cuando se pueden incorporar otras (el perímetro cefálico, los pliegues cutáneos, etc.). Las mediciones pueden ser interpretadas en función de la edad o relacionadas entre ellas: peso para la talla (P-T), peso para la edad (P-E) y talla para la edad (T-E) . Estos pueden emplearse por separado o en conjunto mientras que la combinación de indicadores permite un enfoque más real de la situación nutricional.

---

[5] INN-Fundación Cavendes. Necesidades de Energía y de Nutrientes. Recomendaciones para la Población Venezolana. (Revisión, 2006. Serie Cuadernos Azules. No. 48. INN. Caracas. Venezuela. 1999; p.5.

Un indicador nutricional adecuado debe identificar y separar los sujetos bien nutridos de los malnutridos, por lo tanto se requiere que posea una sensibilidad y una especificidad adecuadas; así mismo, es importante el límite de demarcación o punto de corte para poder separar lo normal de lo anormal. Sin embargo, su uso tiene limitaciones cuando se interpretan los datos, ya que cada uno de los indicadores mide el proceso de la desnutrición en momentos distintos; además su sensibilidad y su especificidad varían con la edad y con el indicador. Estos indicadores antropométricos peso para la talla, talla para la edad y peso para edad, han sido ampliamente recomendados en la evaluación nutricional de las poblaciones y comunidades.[6]

Otro indicador directo del estado nutricional es el examen clínico-nutricional, un método práctico que se puede realizar fácilmente a nivel de la comunidad y que esencialmente se basa en la detección de ciertos cambios que se suponen relacionados con una nutrición inadecuada y que pueden verse o palparse en los tejidos epiteliales externos, tales como la piel, los ojos, el cabello y la mucosa bucal o en órganos próximos a la superficie del cuerpo, como las parótidas, la tiroides y los testículos . En general, estos signos a menudo aparecen tardíamente y no son específicos de la falta de un nutriente, aunque suelen ser útiles, ya que alertan sobre la posible existencia de diversas deficiencias, incluyendo la de oligoelementos; por lo tanto, se recomienda que dichos hallazgos se acompañen de los exámenes de laboratorio pertinentes. Habitualmente, las deficiencias

[6]Turner D. Handbook of Diet Therapy.5a. Ed. University of Chicago Press. Chicago. 2001; pp. 12-13.

nutricionales se reconocen más por las pruebas bioquímicas que por las evaluaciones clínico-nutricionales.[7]

5.2.1. NUTRICIÓN Y ENVEJECIMIENTO

El conseguir un adecuado estado nutritivo en las personas mayores es un objetivo primordial en la atención socio-sanitaria de esta población e imprescindible para conseguir en estas personas una adecuada calidad de vida.

Cada vez más publicaciones relacionan aspectos nutritivos de la persona con la morbilidad y la mortalidad asociada a distintos aspectos de la práctica de la medicina. Concretamente el déficit proteico altera mecanismos del organismo en forma y grado que todavía no son del todo conocidos pero relacionados directamente con la esperanza de vida.

Los estados carenciales de distintos nutrientes son más frecuentes en las personas mayores. Estos problemas nutricionales pueden dar lugar a alteraciones orgánicas importantes. Estas alteraciones pueden ser de tipo inmunológico (los anticuerpos se elaboran en el organismo a partir de las proteínas), lo que favorecerá la aparición de patologías relacionadas con déficit inmunológicos o de otro tipo.

En la siguiente tabla se agrupan las patologías asociadas a deterioro inmune que presentan como una posible etiología la deficiencia nutricional.

[7] **Aranda P, Arroyave G, Flóres M, Guzmán M, Martorell R. Indicadores mínimos del estado nutricional. Publicación INCAP E-827. Impreso en la Revista del Colegio de Médicos de Guatemala. Marzo. 1975; Aranda JP, Arroyave G, Flores M, Guzmán MA, Martorell R. Indicadores mínimos del estado nutricional. XV Congreso Médico Centroamericano. Costa Rica, 2003).**

5.2.2. ESTADO NUTRICIONAL EN EUTROFICOS

Estado normal de nutrición y desarrollo de órganos y tejidos.

5.2.3. CLASIFICACION DE LA DESNUTRICIÓN

Desnutrición aguda: Se produce cuando el cuerpo ha gastado sus propias reservas energéticas. El cuerpo empieza a consumir su propia carne en busca de los nutrientes y la energía que necesita para sobrevivir. Los músculos y las reservas de grasa corporal empiezan a desintegrarse.

La desnutrición aguda puede ser moderada o severa. Utilizando una tabla comparativa de la proporción peso/talla media para adultos mayores sanos, enseguida podemos determinar la gravedad de la desnutrición. Una proporción peso/talla inferior al 20 % de la media indica desnutrición moderada. La desnutrición se considera severa cuando la proporción es un 30% inferior a la media.

Marasmo (desaparición de la masa muscular y de las reservas de grasa corporal) y **kwashiorkor** (acumulación de agua en los tejidos y aparición de edema nutricional). Ambas son dos formas clínicas distintas de la desnutrición aguda.

Deficiencias concretas como la anemia (falta de hierro u otros micronutrientes), bocio (falta de yodo) y xeroftalmia (falta de vitamina A) así como escorbuto, pelagra, beriberi

(falta de vitamina B) y raquitismo (falta de vitamina D) son también síndromes clínicos asociados a la desnutrición. La decoloración del cabello es otro signo menos específico.[8]

5.2.4. CAUSAS DE LA MALNUTRICION

Podemos agrupar las causas de malnutrición en 3 categorías distintas: la disminución de la ingesta, el mal aprovechamiento de los aportes y el aumento del consumo.

Causas fisiológicas	**Causas psico-sociales**	**Causas patológicas**

• Cambios en la composición corporal:
  • ↑ masa grasa
  • ↓ masa magra (músculo y hueso)
  • ↓ agua corporal total
  • ↓ masa ósea
	• Soledad, aburrimiento, depresión, viudedad, alcoholismo	• Pluripatología

• Menor gasto energético (↓metabolismo basal y actividad física)	• Limitación de recursos económicos	• Polimedicación
• Deterioro de los sentidos del gusto, olfato y vista.	• Ingreso en instituciones	• Discapacidades

• Alteraciones digestivas:
  • ↓ masticación, ↓ dentición
  • Alteración de la deglución
  • ↓ peristaltismo-estreñimiento
  • ↓secreción salival, gástrica y pancreática
  • ↓ superficie absortiva
  • ↓ absorción de disacáridos
  • ↑sobre crecimiento bacteriano
	• Aislamiento, dificultad para el transporte	

[8]Guadri P, Fraggiacomo C, Pertoldi W, Guigoz Y, Herrmann F, Rapin CH (1998) MNA and cost of care. En: Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y (eds) Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and practice in elderly. Nestlé Clinical and performance Nutrition Workshop series, Vol 1, Lippincott-Raven, Philadelphia 141-148.

- **Disminución de la ingesta**

En el ámbito hospitalario, los pacientes, han disminuido la ingesta de nutrientes, en el período inmediatamente anterior a su ingreso, debido fundamentalmente al componente de anorexia que acompaña a todo estado morboso. Por otro lado a veces son sometidos a un ayuno más o menos prolongado para la realización de determinadas exploraciones complementarias.

A veces la disminución de la ingesta se produce por dificultades ligadas a la enfermedad como alteraciones de la masticación, alteraciones de la coordinación deglutoria etc... Un caso típico en enfermo críticos es el paciente afecto de Insuficiencia respiratoria crónica , el cual limita voluntariamente su ingesta nutricional, debido a que la taquipnea le dificulta la maniobra deglutoria para la cual se necesita un breve lapso de apnea; además la retirada de la oxigenoterapia durante la ingesta le induce hipoxemia, taquicardia y fatiga y los diuréticos, probablemente utilizados para compensar el CorPulmonal, causarán deshidratación de mucosas y dificultad de salivación; todo ello conlleva una disminución de la ingesta.

Para valorar este componente de desnutrición el método más fiable sigue siendo la historia clínica; estudios recientes han demostrado una alta prevalencia de malnutrición en pacientes neoplásicos cuya ingesta oral había sido inadecuada durante un período superior a 7-10 días; este período podría acortarse en caso de pacientes críticos en los cuales a la pérdida por el ayuno hay que sumar la debida a la situación de agresión. [9]

[9] **Bistrian Br, Blackburn GL, et al. : Prevalence of malnutrition in general medical patients. JAMA 1976; 235: 1567-70.**

Hay muchas causas de desnutrición. Ésta pueden surgir a raíz de:

- Dieta inadecuada o balanceada
- Problemas con la digestión o la absorción
- Ciertas afecciones médicas

La desnutrición puede ocurrir si usted no consume suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición.

Usted puede desarrollar desnutrición si le falta una sola vitamina en la dieta.

En algunos casos, la desnutrición es muy leve y no causa ningún síntoma. Sin embargo, algunas veces puede ser tan severa que el daño hecho al cuerpo es permanente, aunque usted sobreviva.

La desnutrición continúa siendo un problema significativo en todo el mundo, sobre todo entre los niños. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra contribuyen todos a padecimientos, e incluso epidemias, de desnutrición e inanición, y no solo los países en desarrollo.[10]

5.2.5. REQUERIMIENTOS DIETÉTICOS

- **Energía**

Los requerimientos de energía disminuyen con la edad.

[10] **Grover Z, Ee LC.Protein energy malnutrition.*PediatrClin North Am*. 2009 Oct;56(5):1055-68.**

El aporte de energía a través de los alimentos debe adaptarse a las necesidades de cada individuo en función de la edad, talla, peso ideal, actividad física, patologías entre otros.

Aunque el metabolismo de este grupo de edad disminuye, No se debe dar dietas muy bajas en calorías porque no se cubrirían las necesidades de proteína, calcio, hierro y vitaminas. Lo más importante será seleccionar alimentos de alto valor nutricional.

- **Proteínas**

Para calcular la cantidad de proteínas debe tenerse en cuenta la función renal y mantener el balance nitrogenado.

- **Carbohidratos**

La cantidad que se debe consumir por día, dependerá de si existe intolerancia a los carbohidratos o diabetes. En general se recomienda entre 45 a 55% del aporte calórico diario en forma de carbohidratos complejos preferentemente.

No se debe ingerir en exceso azúcar refinado. Por el contrario la fructosa a través de frutas y zumos es una mejor opción.

La ración de fibra debe ser de 30 gramos por día (muy importante en la prevención del estreñimiento, junto el consumo de líquido en agua, jugos de fruta natural etc.).

- **Grasa**

La ración lipídica debe ser del 25 al 30% de la energía total diaria.

Los adultos mayores con antecedentes de arterioesclerosis deben reducir la cantidad de grasas de origen animal.

El colesterol debe ser menor a los 300 mg/día.

MINERALES

- **Calcio**

Se ha recomendado una ingesta diaria que va desde 1000 hasta 1500mg en mujeres pos menopáusico.

La leche es la fuente principal de Calcio. Un vaso (200 ml) proporciona unos 250 mg. Igualmente son excelentes fuentes el queso, el yogurt, y otras leches fermentadas.

- **Hierro**

La anemia es frecuente en los adultos mayores y suele relacionarse con pérdidas de sangre, a menudo del sistema gastrointestinal.

Se recomienda para este grupo de edad 10 mg/día.

Recuerde que la absorción se puede ver afectada por el té, por el exceso de calcio y por el contrario se puede mejorar por la vitamina C. Las mejores fuentes de hierro siempre son las de origen animal.

Las mejor fuentes de hierro son las carnes rojas seguidas por mariscos, pescados, frijoles, verduras de hojas verdes y yema de huevo.

- **Cinc**

La deficiencia de cinc se relaciona se relaciona con alteración de la función inmunológica, anorexia, cicatrización retardada de las heridas y presencia de úlceras por permanecer acostados en forma prolongada.

Se recomienda una ingesta diaria de 15mg/día en hombre y 12mg/día en mujeres.

La fuente principal de cinc la constituyen las carnes, pescado y huevos. También los cereales completos y las legumbres constituyen una fuente importante.

- **Sodio**

Debido a que la hipertensión es frecuente, en la alimentación del adulto mayor se recomienda reducir el consumo de sodio a 2 a 4g/día. En algunos casos, por ejemplo cuando hay consumo de diuréticos, se recomienda suplemento de magnesio y potasio.

VITAMINAS

Algunas vitaminas en el adulto mayor suelen estar en aumento del requerimiento por día.

- **Vitamina D**

Es por lo general deficiente en personas que permanecen en asilos y no reciben luz solar. La recomendación es de 5 µg/día.

- **Vitamina C**

Suele estar en deficiencia en el adulto mayor. Una dieta adecuada ayudará a cubrir el requerimiento. Inclusive se cree que la Vitamina C puede tener cierta prevención en la aparición de cataratas.

Investigaciones muestran que niveles mayores de vitamina B6 y B12 y folatos confiere protección contra la elevación de homoscísteína, un factor de riesgo independiente contra las enfermedades cardiovasculares, depresión y ciertas deficiencias neurológicas.

5.2.6. MAL APROVECHAMIENTO DE LOS NUTRIENTES.

Una vez los nutrientes ingeridos puede haber una serie de dificultades que hagan difícil su aprovechamiento.

Los primeros problemas que hay que citar son los derivados de mal digestión. Estos pueden empezar por una insuficiente producción de saliva, seguida de una disminución de la secreción gástrica inducida por los anti-H_2; un segundo mecanismo son las alteraciones del vaciado gástrico. Puede haber una disminución de la secreción exocrina del páncreas, asociada a colostasis etc.

De gran importancia es la atrofia de vellosidades intestinales con un déficits de disacaridasas, duodeno yeyunales acompañantes. La atrofia de los micros vellosidades da lugar a disminución de la superficie de absorción.

Existen déficits selectivos como es el caso de la vitamina B_{12} en casos de atrofia gástrica: es frecuente el déficit de vitamina K debida a la desaparición de la flora saprofita intestinal tras el uso de antibióticos.

5.2.7. CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DE MALNUTRICION

PARAMETRO	M. LEVE	M.MODERADA	M.SEVERA
% Pérdida de peso	**<10 %**	**10-20%**	**>20%**
Albúmina (>3,4 g/dl)	**3-3,4 g/dl**	**2,9-2,1g/dl**	**<2,1 g/dl**
Transferrina 175-300 g/dl	**150-175**	**100-150**	**<100**
Prealbúmina	**25,2-28**	**23-25,2**	**<23**
PTR(Proteína Transportadora de retinol) (3-6 mg/dl)	**2,7-3**	**2,4-2,7**	**<2,4**
Linfocitos totales	**1200-1500**	**800-1200**	**<800**

5.2.8. EFECTOS DE LA MALNUTRICION SOBRE LA MASA Y FUNCION DE LOS ORGANOS. IMPACTO DE LA REALIMENTACION.

Aunque es verdad que la mayoría de la energía que se necesita durante el ayuno y el estrés procede del músculo esquelético, órganos vitales tales como el tracto gastro intestinal, corazón, riñones, hígado y pulmones pierden también un porcentaje significativo de su masa y su contenido proteico. Los informes de las autopsias realizadas en el Hospital del Ghetto de Varsovia durante la Segunda Guerra Mundial, a los prisioneros muertos de inanición mostraron que existía una pérdida de masa hepática

de un 46%, una pérdida de masa cardíaca de un 20% y un 25% menos de masa renal, con una pérdida del 4% del cerebro y 48% del bazo. Distintos trabajos posteriormente han documentado la pérdida de masa que se produce en los distintos órganos, por lo que parece razonable analizar cuáles son las consecuencias en la función de determinados órganos y sistemas. [11]

- **Efectos de la malnutrición sobre el aparato respiratorio**

"La muerte por desnutrición es muerte por bronconeumonía"

La observación clásica de que los enfermos caquécticos presentan dificultad ventilatoria, respiración estertorosa y gaspping ha llevado al aforismo anteriormente referido.

La MN puede exacerbar los síntomas de EPOC al disminuir la fuerza de la musculatura inspiratoria, la tolerancia al ejercicio y disminuir la inmunocompetencia.

Los distintos trabajos realizados muestran las siguientes alteraciones:

A nivel del parénquima: se han demostrado cambios enfisematosos, con aumento de los espacios aéreos y reducción de la tensión superficial de la pared alveolar. En lavados broncos alveolares se ha demostrado una disminución del surfactante junto a una disminución de la lecitina de saturada. Se ha observado un descenso en la relación presión-volumen, lo que ocasiona un aumento del trabajo respiratorio. Se ha demostrado

---

[11] **Fernández R : Malnutrición. En A. Net,JM Sánchez, S Benito eds. Nutrición artificial en el paciente grave. Ed. Doyma, Barcelona 1989**

una disminución en el número de macrófagos alveolares en el lavado bronco alveolar y un aumento de la adherencia de bacterias a las células epiteliales traqueales, lo que dificulta el aclaramiento de gérmenes, habiéndose demostrado un aumento en la colonización de gérmenes del árbol traqueo-bronquial de enfermos desnutridos con ó sin EPOC.

A nivel de la musculatura respiratoria se ha observado una disminución de la masa del diafragma de 40% para una pérdida de peso del 29%. Ello se producía por una disminución del tamaño de las fibras y por un adelgazamiento de las mismas, poniéndose clínicamente de manifiesto por una disminución de la fuerza inspiratoria del 35% y de la capacidad vital del 63%, así como un volumen ventilatorio máximo del 50% del predicho.

Control de la Ventilación: se produce un descenso de la ventilación minuto y disminuye la respuesta ventilatoria a la hipoxia. [12]

- **Impacto de la realimentación**

El estado de malnutrición. Junto con la utilización de fármacos, juegan un papel importante el uso de corticoides en el tratamiento, que genera pérdida de masa muscular , aunque un aumento en el aporte nutricional puede atenuar el efecto. Otra causa de MN es la existencia de un aumento del trabajo muscular necesario para realizar el proceso de la respiración. La TID (termogénesis inducida por los alimentos), que es la cantidad de energía que se consume en el proceso de metabolización y absorción de los

[12]**Sahebjami H, WirmanJA : Emphysema-like changes in the lungs of starved rats. Am Rev Respir Dis 1981; 124: 619-624**

nutrientes, con el consiguiente aumento del GER (gasto energético en reposo), no parece influir de forma significativa, aunque otros trabajos apuntan en esta dirección.

- **Efectos sobre el sistema cardiovascular**

Se produce una disminución de la masa cardíaca con pérdida de volumen de todas las cámaras.

Atrofia del aparato contráctil con disminución del número de miofibrillas y edema intersticial.

Disminución de la contractilidad cardíaca, del volumen sistólico y del volumen minuto. El corazón malnutrido parece funcionar cerca del pico de la curva de Frank-Starling, de forma que cualquier aumento de volumen no conlleva un aumento del Gasto, pudiéndose durante las situaciones de realimentación producir cuadros de edema pulmonar.

Queda en la actualidad por demostrar la capacidad de corregir estas alteraciones mediante alimentación intravenosa.

- **Impacto sobre la función hepática**

De forma típica ocurre un aumento de la infiltración grasa con esteatosis. Asimismo se ha descrito una atrofia de los hepatocitos. A nivel funcional se ha constatado una disminución de los aclaramientos de diversos fármacos. La concurrencia de politrauma y/o sepsis con las repercusiones que sobre la función hepática producen es un factor más añadido.

- **Impacto sobre el tracto gastro-intestinal**

Se produce una atrofia intestinal progresiva. Se ha demostrado una reducción del número y altura de las vellosidades, con lo que se pierde una enorme superficie de absorción. Es constante la disminución de las disacaridasas así como pérdida de su función. Ello produce alteraciones de la absorción, presentando diarreas, flatulencias y pseudodisentería. Se produce un empeoramiento de la absorción de B_{12}.

En la génesis de la malnutrición están implicados diversos factores:

* Edema de la pared intestinal

* Pérdida de la superficie de absorción y disminución de la actividad de las enzimas del borde en cepillo

* Los cambios en la flora intestinal, que ocurren en parte por la ruptura de los mecanismos intrínsecos de defensa del tracto gastro-intestinal, resultando en una proliferación bacteriana del estómago y del intestino delgado, lo que contribuye a producir un Síndrome del tipo "asa ciega"

Por último la malnutrición progresiva favorece la ruptura de la barrera gastrointestinal con translocación de bacterias hacia la sangre portal y los nódulos linfáticos mesentéricos.

- **Inmunidad celular:**

Existe una disminución del número de linfocitos T y más particularmente de los T4 en relación con los T8 .Recientes experimentos indican que los linfocitos B son capaces de

sintetizar anticuerpos si coexisten con ellos adecuadas cantidades de células T "helper" normo funcionantes, ello nos indica que el trastorno parece radicar en la función de las células T.

Disminución de la producción de linfocinas por Linfocitos T activados.

Alteración de la respuesta de hipersensibilidad retardada.

- **Inmunidad humoral**

Déficit en la función bactericida de los PMN.

Déficit factor C3 y C4 Déficit en la producción de anticuerpos en respuesta a vacunas

Déficit de IgA 4 del complemento

Déficit en la producción de proteínas reactantes de fase aguda.

La actividad fagocitaria se puede ver implicada con alteraciones en el número y función de polinucleares y macrófagos. La migración leucocitaria está afectada por la malnutrición.

No insistiremos en las alteraciones de la inmunidad, por ser objeto de otra ponencia.

- **Síntomas**

Los síntomas varían y dependen de lo que esté causando la desnutrición. Sin embargo, entre los síntomas generales se pueden mencionar fatiga, mareo y pérdida de peso.

- **Pruebas y exámenes**

Los exámenes dependen del trastorno específico y en la mayoría de las intervenciones se incluyen valoraciones nutricionales y análisis de sangre.

- **Tratamiento**

Generalmente, el tratamiento consiste en la reposición de los nutrientes que faltan, tratar los síntomas en la medida de lo necesario y cualquier afección subyacente.

- **Pronóstico**

El pronóstico depende de la causa de la desnutrición. La mayoría de las deficiencias nutricionales se pueden corregir; sin embargo, si la causa es una afección, hay que tratar dicha enfermedad con el fin de contrarrestar la deficiencia nutricional.

- **Posibles complicaciones**

Sin tratamiento, la desnutrición puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedad y posiblemente la muerte.

- **Prevención**

Ingerir una dieta bien balanceada y de buena calidad ayuda a prevenir la mayoría de la formas de desnutrición.

- **Nombres alternativos**

Nutrición inadecuada[13]

5.3. EVALUACION DE LAS PERSONAS DESNUTRIDAS

Para poder evaluar este problema **es preciso reconocerlo**. Ante cualquier persona mayor que pierda peso o apetito es fundamental **buscar una razón** y no atribuir la pérdida solamente a la edad.

El primer paso cuando una persona mayor está bajando de peso es **medir la pérdida objetivamente**. Algunas personas mayores se quejan de hacer una dieta insuficiente o de perder peso, sin que ello pueda evidenciarse de forma objetiva.

Para ello, **debe conocerse el peso habitual de esa persona**. Luego puede pesarse cada dos semanas (hacerlo cada día no tiene sentido), comprobando la evolución (por supuesto, siempre en la misma báscula y a la misma hora del día).

También puede ser útil, si se tienen dudas, llevar un registro de toda la comida y bebida ingerida durante algunos días, lo que nos permitirá hacernos una idea de algunas deficiencias o desequilibrios. Si se demuestra que se está perdiendo peso, o se tienen dudas sobre si la comida es o no adecuada, es buen momento para consultar al médico.

El médico podrá revisar la dieta y medir el porcentaje de peso perdido. Preguntará también por el grado de actividad física, la capacidad de realizar las actividades

[13]Visvanathan R, Chapman IM. Undernutrition and anorexia in the older person.*GastroenterolClin North Am*. 2009 Sep;38(3):393-409.

cotidianas y la situación social:

- ¿Con quién come?
- ¿Dónde y con quién vive?
- ¿Cuántas veces come al día?
- ¿Quién hace la comida?
- ¿Tiene dinero para adquirir los alimentos que necesita?

Además, hará las pruebas necesarias para diagnosticar aquellas enfermedades que puedan producir pérdida de apetito y peso.

5.3.1. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

La valoración nutricional es aquella que permite determinar el estado de nutrición de un individuo, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional.

Se considera a la antropometría como la ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano on el fin de establecer diferencias entre individuos, grupos, razas, etc. Esta ciencia encuentra su origen en el siglo XVIII en el desarrollo de estudios de antropometría racial comparativa por parte de antropólogos físicos; aunque no fue hasta 1870 con la publicación de "Antropometrie", del matemático belga Quételet, cuando se considera su descubrimiento y estructuración científica. Pero fue a partir de 1940, con la necesidad de datos antropométricos en la industria, específicamente la bélica y la aeronáutica, cuando la antropometría se consolida y desarrolla, debido al contexto bélico mundial.

Las dimensiones del cuerpo humano varían de acuerdo al sexo, edad, raza, nivel socioeconómico, etc.; por lo que esta ciencia dedicada a investigar, recopilar y analizar estos datos, resulta una directriz en el diseño de los objetos y espacios arquitectónicos, al ser estos contenedores o prolongaciones del cuerpo y que por lo tanto, deben estar determinados por sus dimensiones.

Estas dimensiones son de dos tipos esenciales: estructurales y funcionales. Las estructurales son las de la cabeza, troncos y extremidades en posiciones estándar. Mientras que las funcionales o dinámicas incluyen medidas tomadas durante el movimiento realizado por el cuerpo en actividades específicas. Al conocer estos datos se conocen los espacios mínimos que el hombre necesita para desenvolverse diariamente, los cuales deben de ser considerados en el diseño de su entorno. Aunque los estudios antropométricos resultan un importante apoyo para saber la relación de las dimensiones del hombre y el espacio que este necesita para realizar sus actividades, en la práctica se deberán tomar en cuenta las características específicas de cada situación, debido a la diversidad antes mencionada; logrando así la optimización en el proyecto desarrollar. La primera tabla antropométrica para una población industrial hispana se realizó en 1996 en Puerto Rico por Zulma R. Toro y Marco A. Henrich.[14]

- **Peso y talla**:

[14] **Zulma R. Toro y Marco A. Henrich. 1996 en Puerto Rico**

El peso y la talla han sido las mediciones más corrientemente utilizadas, considerándose que solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutritivo global, pero no indican necesariamente, las modificaciones que ocurren en cada uno de los compartimentos del cuerpo.

El peso es un indicador necesario pero no suficiente para medir composición corporal; sin embargo, la comparación del peso actual con pesos previos permite estimar la trayectoria del peso. Esta información es de utilidad considerando que las pérdidas significativas son predictores de discapacidad en el anciano.

- **IMC**

Este indicador es simple y útil y presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con masa magra (r = 0.6- 0.8).

El IMC ideal para los ancianos no está definido pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 kg/m(2). No existe evidencia de que en el anciano las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo niveles significativamente más altos bajos que este rango son claramente no recomendables.[15]

[15] **Bueno M, Moreno LA, Bueno G. Valoración clínica, antropométrica y de la composición corporal. En: Tojo R, ed. Tratado de nutrición pediátrica. Barcelona: Doyma; 2000. p. 477-490.**

5.3.2. PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

- **Hemoglobina(Hb) y Hematocrito (Hto)**

La prevalencia de anemia encontrada en estudios Europeos (SENECA) y Norteamericanos (NHANES II) es muy similar y alcanza valores entre 5% y 6%,usando los patrones de referencia OMS (Hb<130mg/dl para hombres y <120mg/dl para mujeres). Respecto al hematocrito la mediana para hombres es 46 y44% en los mismos estudios, con rangos entre 37 y 53 para percentiles 2,5 y 97,5.En mujeres estos valores alcanzan cifras de 41% y 42% con rangos de 35 a 50%para los mismos percentiles .

- **Albúmina**

Aunque la albúmina sérica no es un indicador ni muy específico ni muy sensible de las proteínas corporales, sin embargo, aparece como un muy buen indicador de estado de salud en el anciano. Diversos estudios en ancianos viviendo en la comunidad y con buena capacidad funcional muestran una muy baja prevalencia de albuminemias bajas (<35mg/dl) o muy bajas (<30 mg/dl), en contraste con lo que ocurre con ancianos institucionalizados o enfermos.

Los niveles de albúmina menores a 3.5 g/dl, tienen significado como indicador nutricional. en la medida que no medien otros factores patológicos .

- **Perfil lipídico**

Los factores de riesgo que predicen enfermedad coronaria en personas adultos jóvenes parecen hacerlo igualmente en ancianos. Más aún, se ha observado que la mejoría o corrección de factores de riesgo cardiovascular en los ancianos disminuye su riesgo de enfermar y morir por esta patología.

En población anciana es bastante frecuente encontrar valores de colesterol total superiores a 200 mg/dl, como también valores de colesterol de HDL inferiores a 40mg/dl y de triglicéridos superiores a 150 mg/dl. La pregunta que surge al respecto es si todos ellos requieren terapia. Ciertamente no todos ellos son candidatos a terapia, sin embargo, el primer paso es hacer un análisis crítico de su riesgo coronario y de su salud en general. En pacientes con alto riesgo coronario pero plenamente funcionales el tratamiento de la hipercolesterolemia puede ser tan útil como los tratamientos para corregir la hipertensión o el tabaquismo.

- **Mediciones inmunológicas**

Diversas funciones inmunológicas son afectadas en la malnutrición. Los niveles de inmunoglobulinas, producción de anticuerpos, función fagocítica, respuestas inflamatorias, función de complemento, inmunidad secretoria y de mucosa y otros mecanismos inmunológicos, pueden ser afectados en ausencia de nutrientes esenciales.

Se ha demostrado una recuperación de la competencia inmune en relación a repleción nutricional.

La historia de episodios de enfermedades infecciosas como respiratorias altas, neumonía, infecciones urinarias o diarrea en el anciano constituye una buena aproximación a las defensas corporales. Si es posible se efectúan pruebas de hipersensibilidad tardía que son útiles para evaluar la inmunidad celular y tienen significación pronostica respecto de mortalidad .

Los antígenos más comúnmente utilizados son la estreptoquinasa, cándida, tricofitón, paperas y tuberculina. Los antígenos son inyectados intradérmicamente, en la cara interna del antebrazo izquierdo y luego, se mide la induración transversal a las 48 horas; valores iguales o superiores a 5 mm se consideran positivos.

Para aumentar la utilidad de esta prueba, el ideal es medir simultáneamente, la respuesta a cuatro o más antígenos, considerándose anergia la ausencia de respuesta en tres o más.

Otro indicador de función inmune es el conteo total de linfocitos: en desnutrición, la estructura primaria del sistema inmune, el timo y también estructuras secundarias como el bazo y nódulos linfáticos, se alteran marcadamente en

tamaño, peso, arquitectura y componentes celulares. En la sangre se hace evidente la depresión de linfocitos, disminuyendo su número total.

Se mide en forma absoluta o se calcula basado en el recuento total de leucocitos y el porcentaje de linfocitos presentes; en la malnutrición se observan valores bajo1500 linfocitos por mm3. En la modificación de este indicador participan otras variables, de modo que su interpretación como indicador nutricional es limitado.

- **Evaluación global subjetiva**

La historia clínica, incluyendo datos dietarios y el examen físico pueden establecer o hacer sospechar la presencia de malnutrición. Baker y Detsky comprobaron la validez y reproducibilidad del método más antiguo y simple utilizado en la evaluación del estado nutricional, como es la valoración clínica.

La evaluación clínica, también llamada evaluación global subjetiva (EGS), se realiza sin previo conocimiento de datos de laboratorio, sobre la base de la historia clínica, con particular atención en la reducción de la ingesta dietaría, voluntaria o involuntaria, cantidad de peso perdido, enfermedades básicas que afectan al paciente y los efectos de la malnutrición sobre el estado funcional, tales como:

Debilidad e incapacidad para trabajar o realizar actividades de la vida diaria. En el examen físico se considera: emaciación muscular y de grasa, edema y ascitis .Se ha

descrito una buena correlación entre las mediciones subjetivas y objetivas(validez convergente). Además, las infecciones post-operatorias podrían predecirse con un grado igual o mejor de posibilidad, que con mediciones objetivas (validez predictiva); se ha encontrado también que el método tiene un alto grado de reproducibilidad[16].

5.3.3. PRESENTACION DE LAS ENFERMEDADES EN EL ADULTO MAYOR, CARACTERÍSTICAS DE LA ANAMNESIS Y EL EXAMEN FÍSICO.

A diferencia de pacientes jóvenes, el adulto mayor está afecto a muchos factores biológicos y psico-sociales, que alteran el proceso de reconocimiento de una enfermedad. Es por ello que no hay que esperar que un anciano consulte por síntomas y signos típicos de una enfermedad para sospecharla.

Esta dificultad para reconocer la presencia de alguna enfermedad actual se debe principalmente a tres factores: la aceptación de la enfermedad como algo propio del envejecimiento, la forma atípica en que se manifiestan y la existencia de múltiples patologías concomitantes.[17]

5.3.5. ACEPTACION DE ENFERMEDAD

Es común en nuestro medio que tanto el paciente mayor como las personas que lo rodean (familiares, cuidadores) consideren las manifestaciones de una enfermedad actual

[16] Detsky AS, Baker JP, O'Rourke y cols.: Predicting nutrition-associated complications for patients undergoing gastrointestinal surgery. *JPEN* 1987, 11:440-446.
[17]The Essentials of Health Care and Old Age.Second Edition 2008. Bennett G, Ebrahim S.

como un cambio normal del proceso de envejecimiento. Debido a esto, dejan pasar síntomas leves y sólo consultan en situaciones dramáticas o agudas tales como síncope, hemorragia, etc. Otro factor importante es que muchas veces, el adulto mayor se considera una "carga" para sus cuidadores, por lo que minimiza sus molestias.

Además es frecuente encontrar ancianos con alteraciones de la memoria y/o dificultades para comunicarse, como sordera, ceguera e incluso compromiso de conciencia. En estos casos debe prestarse especial atención a cualquier cambio del estado basal del paciente, por pequeño que este sea.

La suma de estos factores lleva a una demora en la consulta, lo que se ha demostrado que incide directamente en la eficacia del tratamiento médico. Es así como patologías simples que pueden ser solucionadas si son tratadas oportunamente, quedan sin tratamiento o sólo con manejo paliativo, contribuyendo así al deterioro y a mayor dependencia de ese adulto mayor.[18]

- **Patologías Múltiples**

Un adulto mayor comúnmente (a diferencia de uno más joven) puede presentar a la vez varias patologías (agudas o crónicas) que dificultan aún más el reconocimiento de una enfermedad actual. A esto se suma que muchas veces el paciente está consumiendo numerosos fármacos a la vez, los que pueden presentar efectos adversos o agravar enfermedades de base.

[18] **Essentials of Clinical Geriatrics.Third Edition 2004. Kane R, Ouslander J, Abrass I.**

En algunos casos el paciente geriátrico puede manifestar muchos síntomas a l vez lo que dificulta la tarea del médico en determinar los síntomas más relevantes y cuáles son propios de cada patología. No se debe dejar de lado el área emocional del paciente ya que el estrés.

Emocional o depresión se pueden manifestar como síntomas físicos. Sin embargo, no se debe atribuir síntomas a la esfera emocional sin descartar antes una causa orgánica.

Para lograr un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno, todos los factores enunciados en este capítulo, se deben tener presentes al momento de evaluar, sobre todo si es por primera vez a un paciente geriátrico, Esto se logra con una anamnesis y examen físico exhaustivo y dirigido a la problemática particular del adulto mayor.

5.4. CAMBIOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RIESGO NUTRICIONAL.

Las modificaciones en el comportamiento alimentario a lo largo de la existencia no necesariamente han de ser perjudiciales. Entre los cambios positivos en la senectud está el incremento en el consumo de preparados polivitamínicos, que en algunos casos y bajo prescripción médica pudiera ser benéfico para la salud del anciano 47 Hay, sin embargo, otra serie de variaciones en los hábitos y el estilo de vida, que ponen en riesgo la integridad del estado nutricional.

En ancianos cuyos hábitos alimentarios difieren de lo recomendable, pero sin que esta desviación de la norma conduzca a alteraciones patológicas, tal vez sea poco útil, e incluso dañino, el intentar un cambio radical en sus hábitos de alimentación. En cualquier caso, es conveniente seguir en la senectud, como en todas las etapas de la vida los principios básicos de una dieta correcta..

Es interesante conocer cómo cambia la conducta alimentaria de los ancianos a lo largo del tiempo. Para entender dicho comportamiento se tienen que tomar en cuenta por lo menos dos hechos relevantes:

El primero es que los individuos de la tercera edad no constituyen un grupo homogéneo. Cada uno de ellos tiene su historia y necesidades personales; por lo tanto, se debe considerar su pasado, su lugar de residencia, la manera como confrontan determinado problema, etcétera..

En segundo lugar, es necesario reconocer que la evolución del comportamiento alimentario es una tarea delicada, ya que muchos de sus componentes están entrelazados. La apreciación de esta evolución depende, entre otros factores, del ángulo desde el cual se observe.[19]

---

[19] **Ordorica M Cambios en la estructura por edad de la pobla-ción. Demos 2005;10:8-10.**

5.4.1. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DEL ANCIANO CON SU FAMILIA.

A consecuencia del aumento de vida hay un número mayor de ancianos en edad de ser pensionados y por lo tanto no productivos y con ingresos a veces insuficientes.

Esto explica el derrumbe psicológico del comportamiento del anciano que se observa con mucha frecuencia en los Jubilados que pierden Interés por la. Vida y también por su posición económica y social. En las familias del pasado, el anciano vivía en el núcleo familiar, varias generaciones, era respetado y atendido por sus hijos y nietos., también realizaban pequeñas labores domésticas; por lo contrario, en la sociedad moderna, el anciano se encuentra aislado y marginado.

Tenemos una comparación de tipo de familias las del pasado y la moderan, con las que el anciano convive y convivía: Familia pasada Núcleo familiar único, con todas las generaciones y el anciano en la cima de la pirámide.

*Asistencia a los ancianos de las familias.

*Respeto a los ancianos y a su experiencia

*empleo de los ancianos en labores domésticas.

*Familia moderna

*Fragmentación del núcleo familiar.

*Aislamiento de los ancianos; no son tolerados por los jóvenes (Incompatibilidad, hábitos, etc.)

*Dificultades económicas sociales y psicológicas del anciano aislado y marginado.

Este hecho contribuye a la tendencia de los hijos a formar grupos familiares autosuficientes con fragmentación del núcleo familiar y en población rural, la Inclinación de tipo de vida de vida urbana; pero sobre todo son entes las incompresibles entre la vieja y la nueva generaciones presiones entre la vieja y la nueva generación, la incompatibilidad de caracteres y las costumbres diferentes por las que se han creado el termino molesto de anciano para definir este estado.

Otros factores más explican así mismo porque en la actualidad son mayores las necesidades de asistencia al anciano, no solo son médicos sino también psicológicos, sociales y económicos.

5.4.2. COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS DEL ANCIANO.

La falta de atención y la iniciativa, el miedo al futuro y la ansiedad por las cosas más mínimas en lo que se refiere al orden y limpiezas, combinadas con insomnio caracterizado por despertarse muy temprano por las mañanas puede indicarnos la depresión.

El temor a la reparación de pasados errores, supuestos generalmente hace que tenga conflictos, en muchos ancianos que sufren de depresión y llegan a pensar en la muerte como una liberación de sus desgracias y de sus problemas. Es común encontrarse con algunos que piensen que los demás tratan de hacer lo posible por mantenerlos en la,

inmovilidad sino todo lo contrario, que se acusan a sí mismos de la miseria y el desorden en que viven y consideran que la pena el esfuerzo por levantarse o mejorar; es muy difícil vivir con una persona que sufre depresión. Uno trata de ayudarle, pero todos los esfuerzos resultan inútiles, y no dan algún avance. No quiere que se les dé ánimos y están convencidos de la imposibilidad de que haya alguien que los comprenda; prácticamente lo mejor que puede hacerse en conseguir que se encuentren lo más cómodos posibles y hacer que se sienten más animados y parte de la familia, dando le ánimos y haciéndolos participar en la conversación general.

En algunas personas de edad avanzada se presentan dificultades en la memoria sobre todo en la relación de acontecimientos ocurridos recientemente mientras que el suceso ocurrido sea de largo tiempo antes, sigue siendo excelente

Esto dificulta que el anciano capte nuevos datos y hechos y a su vez hace que el reajuste a**l** sitial resulte para ellos un problema.

Un fallecimiento que tenga como consecuencia la necesidad de trasladarlos a cosa de otro familiar, puede causarle una alteración muy grave de la estabilidad mental. La capacidad de aprender nuevos cosas está afecta y se consigue bien poco en este sentido aun cuando se les dedique mucho tiempo. Les resulta imposible un estado de concentración, aunque sea breve.

En los ancianos, este tipo de situación es como la famosa bola de nieve, hasta que cada actitud que requiere concentración o esfuerzo mental es dejado a un lado, hasta que la vida acabe por prolongarse dentro de cada una rutina cada vez mayor. Cuando la

memoria se deteriora el insomnio puede convertirse en un problema: el anciano se levanta a media noche como si fuera la hora del desayuno. Es común entre las personas de edad**,** mostrar un minucia de la edad, mostrar un intuición en su respuesta emocional y la disminución de la conciencia social puede dar como resultado una conducta inaceptable que he volverse desaseado, pérdida del sentido de la dignidad, les lleva a dejar de preocuparse por cambiarse de ropa y en términos generales, puede apreciarse en ellos una falta de higiene.

Es muy común que los ancianos se desarrollen una tendencia poco natural a la posesión de algunas cosas como por ejemplo un bolso o una pipa o realizar un ritmo particular, como lavarse las manos o peinares o incluso un gesto tradicional como retorcer la esquina de la sabana) se las manos o peinarse o incluso un gesto tradicional como retorcer la esquina de la sábana.[20]

Otros creen que los demás se apoderan de sus propiedades o que otro se pone su vestido.

El anciano es un individuo que necesita afecto y cuidados un sujeto frágil que debemos a cambiar la soledad. y la marginación a las que, sin hacerlo les conduce la sociedad moderna (Quinicio Granata, I99I p31).

Los comportamientos depresivos del anciano son frecuentes y no solo comprenden las formas de conducta o mamía depresivas sino también las depresiones seniles que se acompañan de involución cerebral y se conocen así como el termino de depresión involutiva esta de trata de un verdadero proceso mental irreversible pero tanto en estas

[20] Edicion. México, pp I2-I42 DIVISON,.William. El cuidado del paciente geriá'tri co. Me@xico D.F. Cowdry Ed.

formas como en otras intervienen muchos factores psicológicos comunes de la edad involutiva que va desde perdida del papel del jefe de la familia y cambios sociales, hasta la crisis de jubilación y aislamiento progresivo con pérdida de la propia dignidad.

Los comportamientos depresivos del anciano dominan la sintomatología (dificultad del pensamiento, depresión del ánimo); aparecen ideas delirantes de tipo hipocondríaco, de alguna pobreza, culpa persecución y manifestaciones de irritabilidad y excitación de psicomotriz.

Los ancianos tienden con frecuencia al agotamiento orgánico por pérdida de apetito y rechazos de alimentos como toda una serie de trastornos, desde la sensación de peso, estreñimiento, hasta la cabeza pesada.

La persona de tercera edad se siente preocupada al saber que es problema para los demás (Custer Rafer, 1991, p172)

5.4.3. RELACIONES SOCIALES DEL ANCIANO

El proceso del envejecimiento tiene lugar en el contexto social. Sí bien las limitaciones sociales y personales de los últimos años podrían limitar o modificar el comportamiento social también presentan nuevas oportunidades y experiencias sociales, gratificantes para las personas de edad (Kahana Mendez, i982, p 4I9).

El comportamiento social al igual que la juventud, se ve influido por dos factores importantes, las características personales del individuo y apoyos sociales disponibles.

Los abuelos son muy útiles en la sociedad, dan amor, apoyo sin perder mucho a cambio, dan consejos y también mucha sabiduría a los jóvenes, lo cual beneficia tanto a quien da como al que recibe. Muchas personas sienten la necesidad de dejar; algo cuando mueren; también sienten la necesidad de dejar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida y aconsejan y guían a los jóvenes, proceso que con frecuencia se denomina "HACERSE VIEJO".

Ser abuelo en una manera de satisfacer estas necesidades y mantenerse en contacto con las nuevas generaciones.

Las amistades son especialmente importantes en estos años (Baldassare Larson, I984, p 420).

Las relaciones familiares con frecuencia remarcan la dependencia y la atención , los amigos son fuente alegría; tener una persona a la cual le cuente todos sus anhelos, preocupaciones, etc.

Aquellos cuya dignidad es formada por otros, cuidan .más de sí mismos y tienen mejor salud (Cutrona Rusell Rose, I986 p 420).

Los ancianos pueden enfrentar los retos normales de la edad adulta tardfa con menos problemas.

5.4.4. CAMBIOS EN LAS RELACIONES SOCIALES

La pérdida del empleo y del ingreso regular, supone un cambio serio para. el hombre anciano, que se ve precipitado por el prurito de rapidez importante en nuestro actual sistema, industrial.

La vejez crea generalmente un problema, económico, pocos son los asalariados que pueden sostener una familia y ahorrar al mismo tiempo dinero que garantice su propio mantenimiento en la ancianidad.

Con demasiada frecuencia los hijos, ya adultos tienen bastante con mantener a sus propias familias para poder cuidar de sus padres ancianos.[21]

[21] **REVISTA DEL CONSUMIDOR. Cuando se llega a los 80-&7nos. No. I38 México, Marzo 2005.REVISTA DEL CONSUMIDOR. La vejezUna enfermedad? No. I39 México, Marzo2005**

6. HIPÓTESIS

6.1. Hipótesis General

- El valorar la importancia de una adecuada alimentación en el adulto mayor permitirá equilibrar un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial.

6.2. Hipótesis Específicas

- La categorización del estado nutricional influyo en el adulto mayor por edad y sexo.

- La determinación de las enfermedades más comunes producto de la mala alimentación incidió en los adultos mayores.

- La identificación de las características socioeconómicas repercute en los adultos mayores de la asociación de jubilados.

7. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

7.1. Variable Independiente:

- Adulto mayor

7.2. Variable Dependiente:

- Estado de salud

Indicadores:

- Edad
- Peso
- Talla
- IMC
- Presentación de enfermedades en el adulto mayor.
- Cambio psicológicos y sociales en el adulto mayor

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Hipótesis 1: Estado nutricional

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.	Nutrición y envejecimiento	Es la ciencia encargada del estudio y mantenimiento del equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro sistémico, garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades.	Estado nutricional	estado nutricional en eutróficos Clasificación de la desnutrición. Causas de la malnutrición. Clasificación de los estados de malnutrición	Cuestionario de Preguntas Muestras de laboratorio Observación directa del área de investigación.

Hipótesis 2: Inadecuada alimentación

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITENS	INSTRUMENTOS
Inadecuada alimentación	Rica en alimentos con excesivas calorías, hidratos de carbono o grasas, y en la mayoría de las veces, esta dieta se combina con la ausencia de una práctica regular de ejercicio.	Alimentación	Presentación de las enfermedades en el adulto mayor. Cambios psicológicos y sociales en los adultos mayores	Aceptación de enfermedad Comportamientos depresivos del anciano consecuencias psicológicas del anciano con su familia relaciones sociales del anciano cambios en las relaciones sociales	Cuestionario de Preguntas muestras de laboratorio Observación directa del área de investigación.

Hipótesis 3: Adulto mayor

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITENS	INSTRUMENTOS
Adulto mayor	Son las personas de edad superior a los 65 años, y que coincide con la vejez. En la antigua Roma, se los llamaban "senes" e integraban (una parte de ellos) el Senado, con grandes poderes y relevancia **social**, siendo considerados sabios. De allí deriva la **palabra** senectud o senil, referentes a esta edad.	Características socioeconómicas del adulto mayor	**Excesivo consumo del adulto mayor**	Cambios de apetito Gusto Debilidad Trastornos emocionales	Cuestionario de Preguntas Muestras de laboratorio Observación directa del área de investigación.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Metodología

8.1.2 tipo de estudio

Para llevar a efecto el desarrollo de esta investigación se realizó a través del método inductivo, descriptivo y analítico que procede a la clasificación sistemática de los datos obtenidos durante la observación con el fin de determinar las regularidades que presentan. Este método permitió analizar una serie de hechos y acontecimientos de carácter particular para llegar a conocer generalidades que sirven como referentes de la investigación.

8.1.3. Área de estudio

Asociación de jubilados pensionistas y montepío del **IESS.**

8.1.4. Población y Muestra.

La población y muestra del presente estudio son 80 jubilados adultos mayores de la Asociación de Jubilados pensionistas y Montepío del I.E.S.S.

8.1.5. Recursos.

Para el presente trabajo de investigación, se contó con los recursos humanos, materiales y financieros que fueron factores muy importantes para el desarrollo de la misma..

8.1.6. Humanos.

- Directora de tesis.
- Comisión de profesionalización.
- Profesionales en formación.
- Población de jubilados del IESS.

8.1.7. Materiales.

- Textos, libros, bibliografía, folletos
- Computador, internet, impresiones, pendrive
- Tesis de investigaciones realizadas
- Papelería y material de escritorio
- Transporte

8.2. Técnicas e instrumentos

8.2.1. Técnicas

Las técnicas que se utilizo en esta investigación fue:

- Reconocimiento del área
- Observación
- Cuestionario de encuestas
-Exámenes de laboratorio
-Toma de datos

8.2.2. Instrumentos

- Cámara fotográfica.
- Cuaderno, lápiz, pluma

8.2.3 Proceso metodológico de la investigación.

Categorizar el estado nutricional del adulto mayor por edad y sexo El desarrollo de éste objetivo se lo realizó mediante:

- Medidas antropométricas (talla, peso e IMC)
- Historias clínica
- Pruebas de laboratorio (hemoglobina y hematocrito, pre-albúmina mediciones inmunológicas (pruebas leucocitaria).

Determinar las patologías más comunes por la mala alimentación.

Este objetivo se lo realizó mediante la aplicación de cuestionario de encuestas formuladas en base a la pregunta de la 5-9 y el diagnostico los 80 jubilados de la asociación. (Anexos 1)

Identificar las características socioeconómicas de los adultos mayores de la asociación de jubilados.

Este objetivo específico se lo realizó en base a la encuesta aplicada a los jubilados según preguntas No. 5 a la 11 y de la 13 hasta la 21.

9. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Objetivo Específico No. 1

- **Categorizar el estado nutricional del adulto mayor.**

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global. Esta información es de utilidad, considerando que las pérdidas significativas son predictivas de discapacidad en el adulto de edad avanzada.

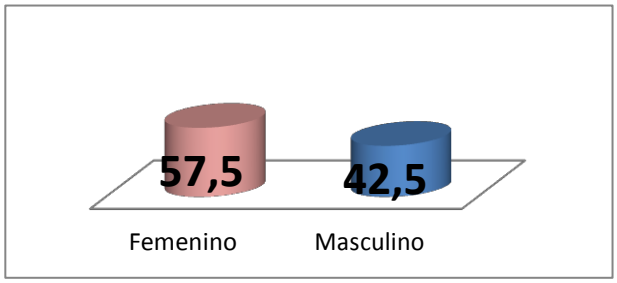
TABLA 1: Sexo del paciente

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	46	57,5
Masculino	34	42,50
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS

Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No1



Interpretación de resultados

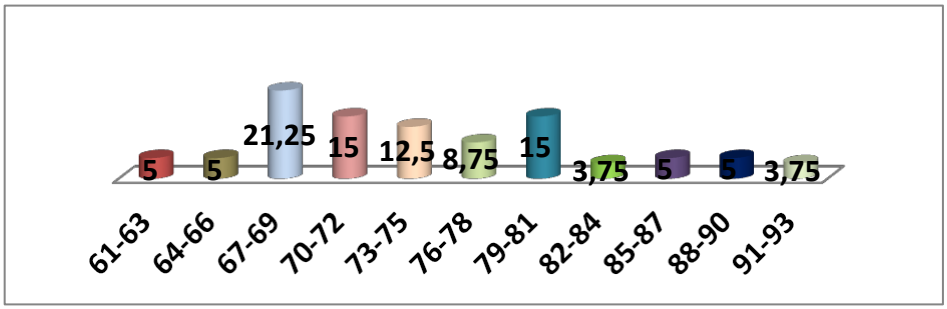
En base a los pacientes encuestados se pudo constatar que el 57,5 % pertenecen al sexo femenino es decir un total de 46 y el 42,5 % del sexo masculino con un total de 34 pacientes.

Tabla 2: Edad del paciente

Edad	Frecuencia	Porcentaje
61-63	4	5
64-66	4	5
67-69	17	21,25
70-72	12	15
73-75	10	12,5
76-78	7	8,75
79-81	12	15
82-84	3	3,75
85-87	4	5
88-90	4	5
91-93	3	3,75
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No.2



Interpretación de resultados

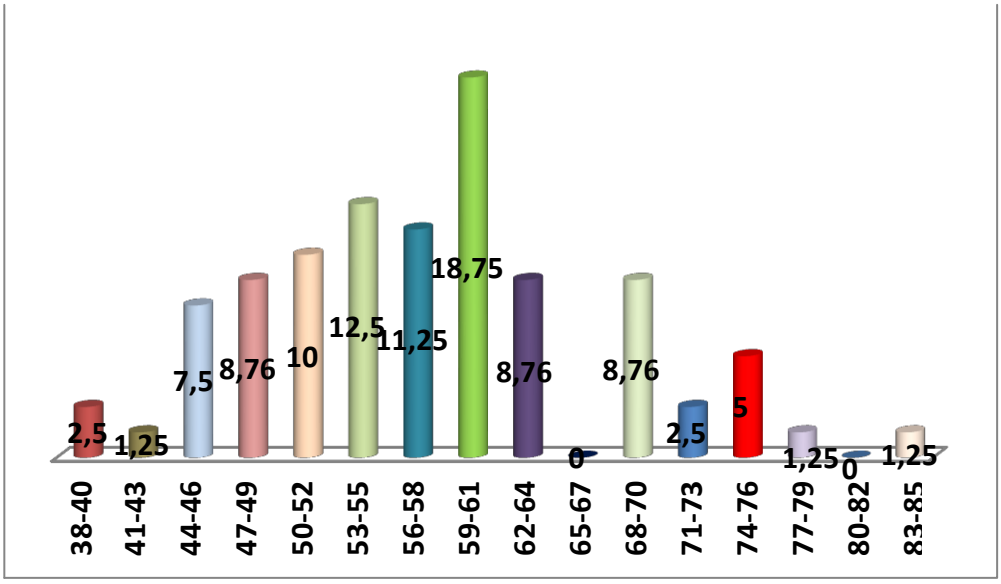
Se puede observar en el cuadro y gráfico No. 1 que la mayoría de los adultos mayores de los jubilados del IESS fluctúa su edad entre 67 a 69 años es decir en un 21,25%; un 15% tienen edades entre (70-72) y (79-81); el 12,5% tienen entre 73 a 75 años; el 8,75% son de 76- a 78 años; el 5% tienen edades desde (61-63) (64-66) (85-87)) (88-90) y entre (82 - 84) (91 -93) encontramos con una frecuencia de 3,75%.

Tabla 3: Peso en Kg.

Peso / Kg	Frecuencia	Porcentaje
38-40	2	2,5
41-43	1	1,25
44-46	6	7,5
47-49	7	8,76
50-52	8	10
53-55	10	12,5
56-58	9	11,25
59-61	15	18,75
62-64	7	8,76
65-67	0	0,00
68-70	7	8,76
71-73	2	2,5
74-76	4	5
77-79	1	1,25
80-82	0	0,00
83-85	1	1,25
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 3



Interpretación de resultados

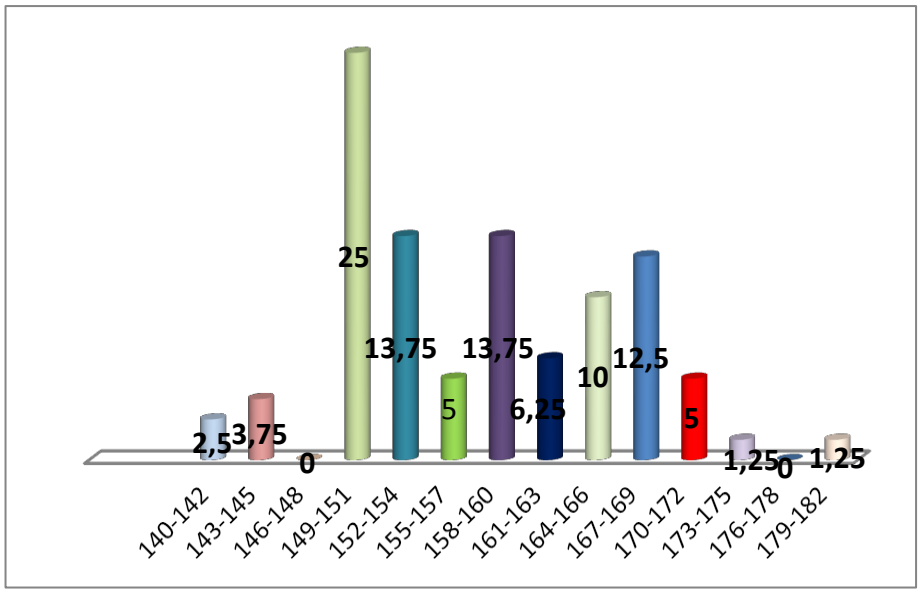
De los 80 adultos mayores se pudo constatar que un promedio de 15 de ellos tienen un peso de 59 a 61 Kg. es decir el 18,75 %; 10 de ellos se encontraron entre 53 a 55 kg. con una frecuencia del 12,5%; 9 pensionistas quienes tuvieron un peso de 56 a 58 Kg en un 11,25%; 8 de los jubilados tienen un peso de 50 a 52 Kg. con un 10 %; con peso de (47- 49Kg) (62 – 64Kg) (68 – 70Kg) se encontró 7 de cada caso con una frecuencia del 8,46 %; 6 de los jubilados tienen peso de 44 a 46 kg., con una frecuencia de 7,5%: luego 4 de ellos tenían peso de 74 a 76 Kg., con una frecuencia del 4%; con un peso de 38 a 40Kg., se encontró a 3 de ellos con una frecuencia del 3,75%; sólo 2 de ellos presentaban un peso de 71 a 73 Kg., en un 2,5%; con el 1,25% se encontró 1 paciente con pesos de (41 -43Kg.) (77-79Kg.) y (83 – 85Kg.).

Tabla 4: Estatura del paciente (cm)

Estatura (cm)	Frecuencia	Porcentaje
140-142	2	2,5
143-145	3	3,75
146-148	0	0,00
149-151	20	25
152-154	11	13,75
155-157	4	5
158-160	11	13,75
161-163	5	6,25
164-166	8	10
167-169	10	12,5
170-172	4	5
173-175	1	1,25
176-178	0	0,00
179-182	1	1,25
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 4



Interpretación de resultados

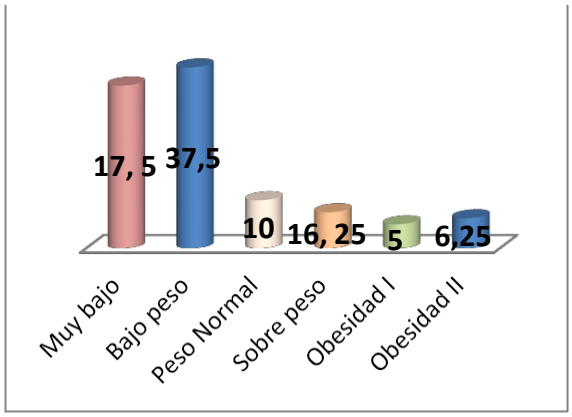
Entre los 80 pacientes encontramos según el cuadro y gráfico No. 4 a 20 de ellos con una estatura de 149 a 151 en un 25 %; 11 de ellos con una frecuencia del 13,75% alcanzan una estatura de (152 -154) y (158 – 160); 10 jubilados tenían desde 167 a 169 de estatura con una frecuencia del 12,5 %; entre 164 a 166 estaban 8 de ellos es decir en un 10 %; 5 adultos mayores con estaturas de 155 a 157 es decir en un 5%; 4 alcanzaron desde (155 - 157) y (170 – 172) con una frecuencia del 5%; 3 jubilados obtuvieron de estatura desde (140 – 142) y (143 – 145) con una frecuencia del 3,75%; y un jubilados tenia (173 – 175) (179 – 182) en un 1,25%.

IMC RESULTADOS DEL TABLA 3 Y 4

ESTADO NUTRICIONAL	IMC	F	%
Muy Bajo Peso	16 -16,99	14	17, 5
Bajo peso	17 -18,99	30	37,50
Peso normal	19 -24,99	8	10,00
Sobre peso	25 -29,99	13	16,25
Obesidad I	30 - 34,99	4	5,00
Obesidad II	35 – 39,99	5	6,25
TOTAL		**80**	**100 %**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino.

Gráfico Nº 3-4



Interpretación de resultados

Basándose en el peso y la talla se calculó el IMC donde se verifico que el 37,5 % tienen bajo peso; el 17,5% tiene infra peso; con un frecuencia de con peso normal con en su totalidad el 10 %; un 6 padece con un total de 16,25 %; se constató que un 5% tiene obesidad tipo1 y que el 6,25% tiene obesidad tipo 2.

Objetivo Específico No. 2

Determinar las patologías más comunes por la mala alimentación.

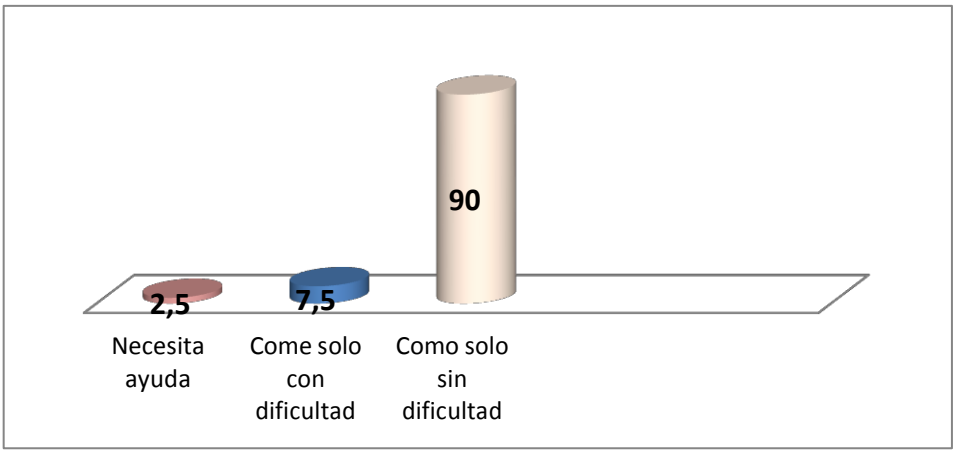
Comparándose con las personas de su edad, cómo considera su estado de salud.

Tabla 5: Modo de alimentación

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Necesita ayuda	2	2,5
Come sólo con dificultad	6	7,5
Come solo sin dificultad	72	90
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 5



Interpretación de resultados

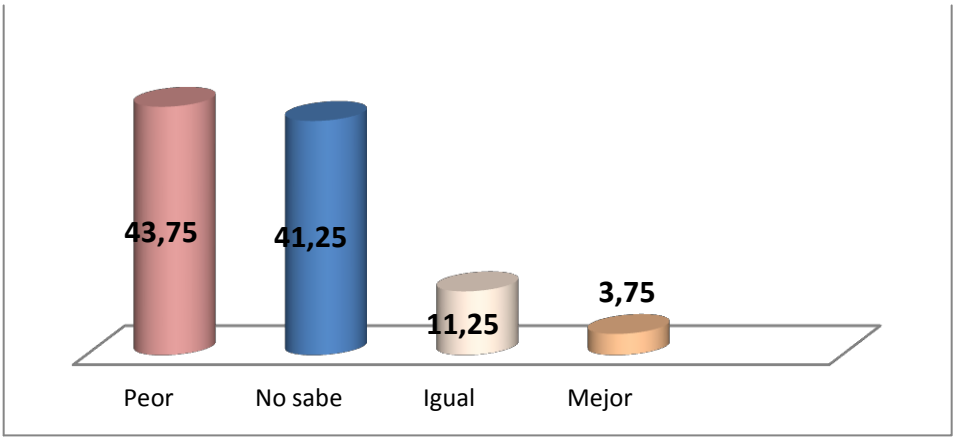
De los 80 adultos mayores encuestados 72 de ellos comen solos con dificultad en un 90%; 6 comen solo con dificultad en un 7,5%; y 2 necesitan ayuda en un 2,5%.

Tabla 6:Comparándose con las personas de su edad, cómo considera su estado de salud.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Peor	35	43,75
No lo sabe	33	41,25
Igual	9	11,25
Mejor	3	3,75
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino.

Gráfico No. 6



Interpretación de resultados

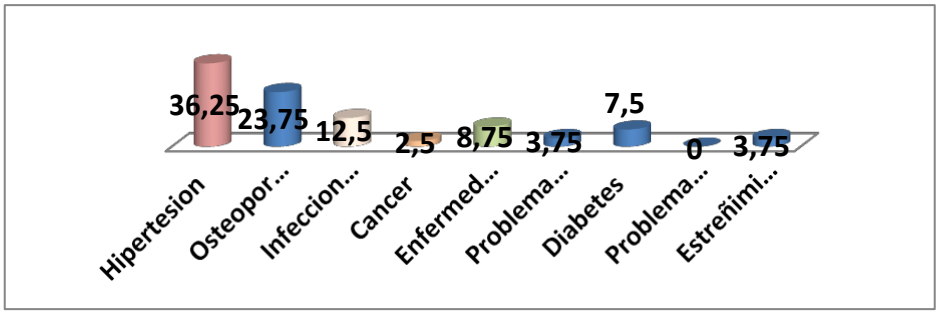
35 jubilados consideran su estado de salud peor que con las personas de su edad en un 43,75 %; 33 no lo sabe en un 41,25 %; 9 dijeron no saber con un 11,25 % ; y el 3 dijo que igual que cualquiera de su edad en un 3,75 %.

Tabla 7: Padece UD de alguna enfermedad o afección:

Hipertensión arterial	29	36,25
Osteoporosis	19	23,75
Infecciones respiratorias	1	1,25
Enfermedades gastrointestinales	10	12,5
Cáncer	2	2,5
Enfermedades neurológicas	7	8,75
Problemas cardiacos	3	3,75
Diabetes	6	7,5
Problemas de piel	0	0
Estreñimiento	3	3,75
Total	**80**	**100**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 7



Interpretación de resultados

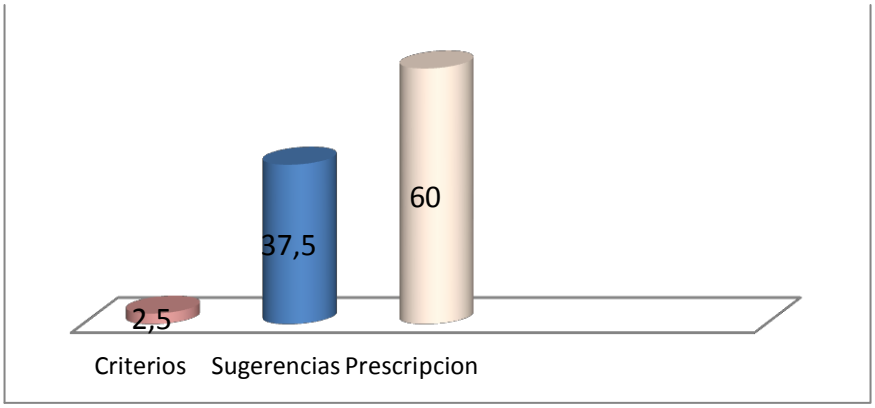
29 Adultos mayores dijeron que se genera hipertensión arterial en un 36,25%; 19 dijeron osteoporosis en un 23,75%; 10 respondieron enfermedades gastrointestinales con una frecuencia del 12,5%; 7contestaron que enfermedades neurológicas en un 8,75%; 5 se refirieron a la diabetes con una frecuencia del 7,25%; 2 de ellos optaron por el cáncer en un 2,5%; con estreñimiento 2,5% con una frecuencia 2; se identificó 3 problemas cardiacos en un 3,75%.

Tabla 8: Si usted padece de algún problema en su salud toma los medicamentos de acuerdo a:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Criterios y conveniencia	2	2,5
Sugerencia de amigos y vecinos	30	37,5
Prescripción médica	48	60
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 8



Interpretación de resultados

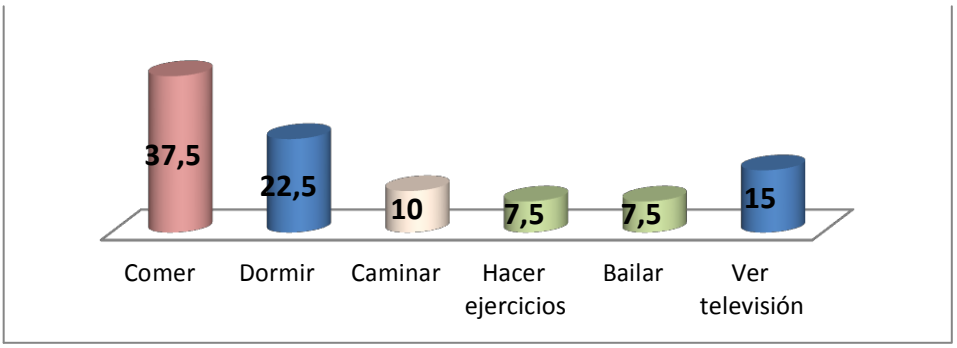
48 adultos mayores de los 80 encuestados dijeron que toman sus medicamentos de acuerdo a prescripciones médicas en un 60%; 30 por sugerencias de amigos y vecinos en un 37,5%; y 2 por criterios y conveniencias con una frecuencia del 2,5%.

Tabla 9: Que hace usted en sus momentos libres.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Comer	30	37,5
Dormir	18	22,5
Caminar	8	10
Hacer ejercicios	6	7,5
Bailar	6	7,5
Ver televisión	12	15
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino.

Gráfico No.9



Interpretación de resultados

De acuerdo a los datos estadísticas de los 80 jubilados encuestados solo30 de ellos comen en sus momentos libre con un total de 37,5 % ; el 18 de ellos prefieren dormir con una frecuencia del 22 ,5%; 12 de ellos ven televisión correspondiendo así al 15%;8 salen a camina es decir un 10%; 6 bailan y hacen ejercicios con una frecuencia del 7,5% .

Objetivo Específico No. 3

Identificar las características socioeconómicas de los adultos mayores de la asociación de jubilados.

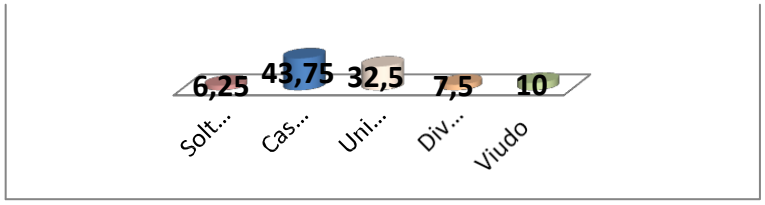
Este objetivo se lo realizó en base a las respuestas de las encuestas aplicadas a los adultos mayores de los jubilados del IESS Pregunta No. 5 a la 11 y de la 13 hasta la 21.

Tabla 10: Estado civil del paciente.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	5	6,25
Casado	35	43,75
Unión libre	26	32,5
Divorciado	6	7,5
Viudo	8	10
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino.

Gráfico No. 10



Interpretación de resultados

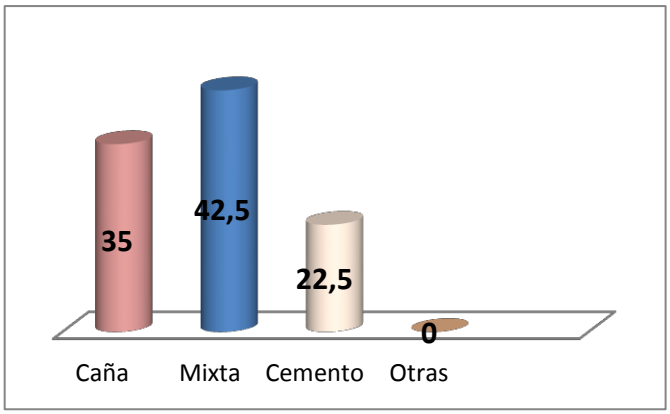
En base a la pregunta del estado civil de los jubilados del IESS en su gran mayoría son casados es decir 35 de ellos con una frecuencia del 43,75%; tienen unión libre el 32,5% un total de 26; viudo se encontraron 8 con una frecuencia del 10%; divorciados 7,5 % con una frecuencia de 6 y en los solteros 6,25% con un total de 5 socios.

Tabla 11: Tipo de vivienda en que vive.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Caña	28	35
Mixta	34	42,5
Cemento	18	22,5
Otras	0	0
Total	**80**	**100**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino.

Gráfico No. 11



Interpretación de resultados

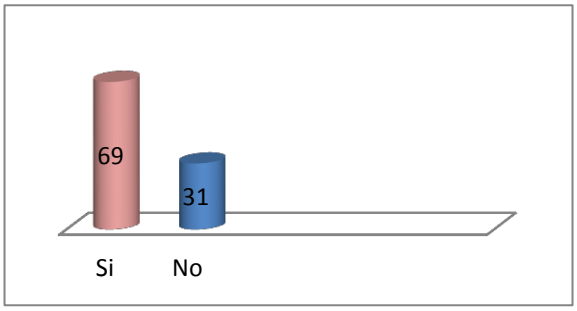
Observamos en el cuadro y gráfico No. 6 que la mayoría de los jubilados del IESS habitan en casas de caña con una frecuencia del 28 un total de 35 % jubilados; en casa mixta viven un total 34con una frecuencia del 42,5 %; y en cemento 18 con un total del 22,5 % adultos mayores que habitan en este tipo de vivienda.

Tabla 12: **Vive en compañía de familiares**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	55	69
No	25	31
Total	**80**	**100**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico Nº. 12



Interpretación de resultados

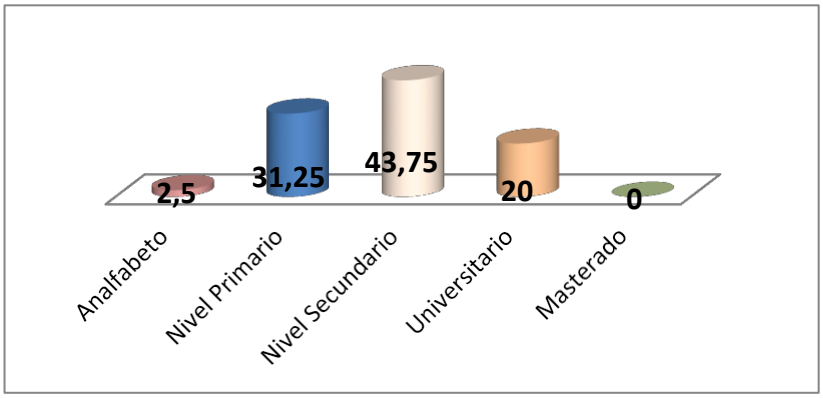
La mayoría de los adultos mayores jubilados del IESS viven en compañía de familiares con una frecuencia del 69 % un total de 55; el 25 % viven solos es decir 31 de ellos.

Tabla 13: **Nivel de educación que tiene usted**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	2	2,5
Nivel primario	25	31,25
Nivel Secundario	35	43,75
Universitario	16	20
Masterado	0	0,00
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino.

Gráfico No. 13



Interpretación de resultados

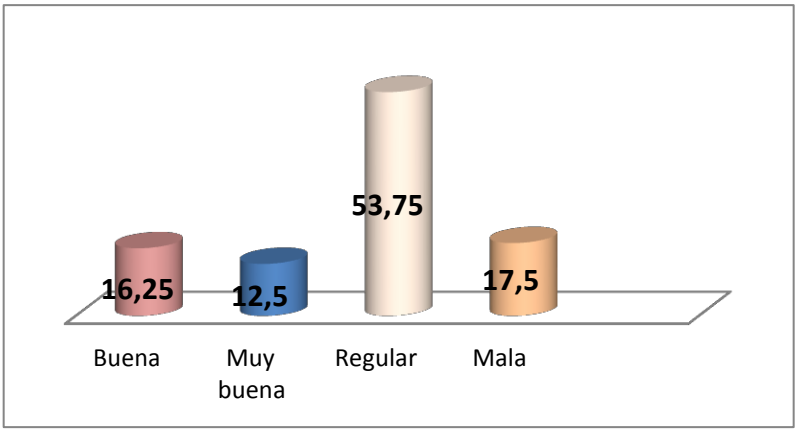
Se observa que la mayoría de los adultos mayores tienen un nivel secundario en un 43,75% un total de 35 de ellos; el nivel primario dijeron 25 con una frecuencia del 31,25 %; 16 tienen un nivel universitario es decir en un 20%; y 2 son analfabetos con una frecuencia del 2,5 %.

Tabla 14: Como considera usted su alimentación

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Buena	13	16,25
Muy buena	10	12,5
Regular	43	53,75
Mala	14	17,5
Total	**80**	**100**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No.14



Interpretación de resultados

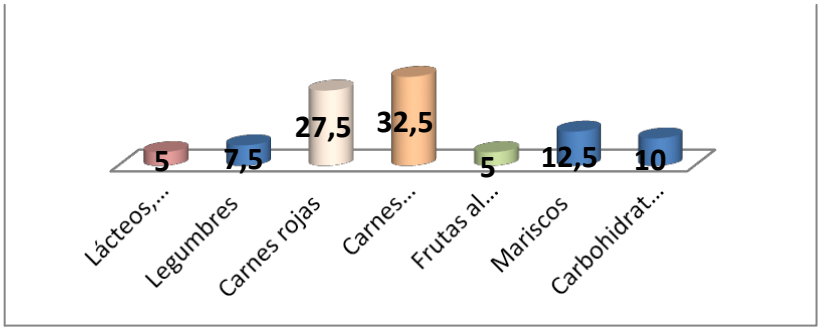
43 de los 80 jubilados del IESS adultos mayores dijeron que consideran regular su alimentación en un 53,75 %; mala dijeron 14 de ellos en un 17,5%; 13 respondieron que la consideran buena es decir el 16,25% y muy buena 10 contestaron con un total de del 12,5%.

Tabla 15: Cuál es el tipo de alimentos que usted consume más durante la semana.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Lácteos, leche, mantequilla, yogurt	4	5
Legumbres una o dos veces a la semana	6	7,5
Carnes rojas	22	27,5
Carne blancas	26	32,5
Frutas al menos dos veces a la semana	4	5
Mariscos	10	12,5
Carbohidratos	8	10
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 15



Interpretación de resultados

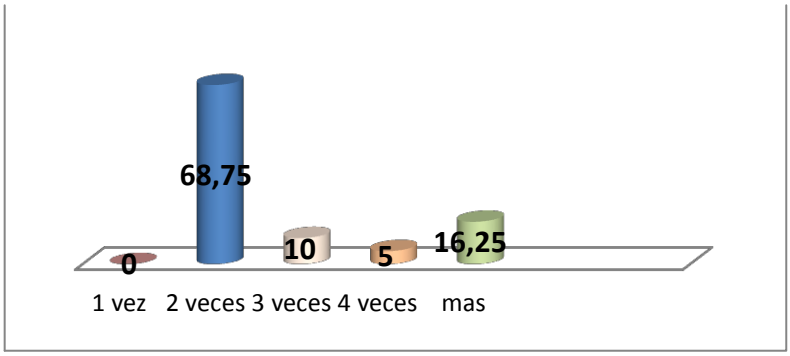
20 jubilados en base a ésta pregunta dijeron que consumen más durante la semana carnes blancas en un `26 %; 22 prefieren carnes rojas en un 27,5%; 10 consumen mariscos con una frecuencia del 12,5%;4 lácteos, 8 consumen carbohidratos con el 10%; 7 prefieren legumbres con un total de 7,5 ; y el 4 consume derivados de los productos lácteos y frutas .

Tabla 16: **Cuantas comidas consume al día.**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	0	0
2 veces	55	68,75
3 veces	8	10
4 veces	4	5
mas	13	16,25
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 16



Interpretación de resultados

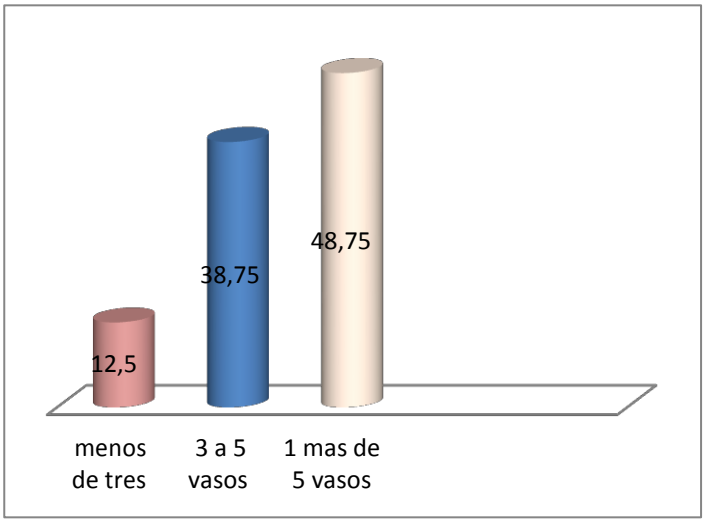
55 jubilados encuestados consumen comida 2 veces al día con una frecuencia del 68,75%; 13comen más 5 veces al día con una total de 16,25%; 8 lo hacen 3 veces es decir el 10 %; 4 veces con una frecuencia del 5%.

Tabla 17: Cuantos vasos de agua u otros líquidos toma al día

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
menos de tres vasos	10	12,5
3 a 5 vasos	31	38,75
1= más de 5 vasos	39	48,75
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino.

Gráfico No. 17



Interpretación de resultados

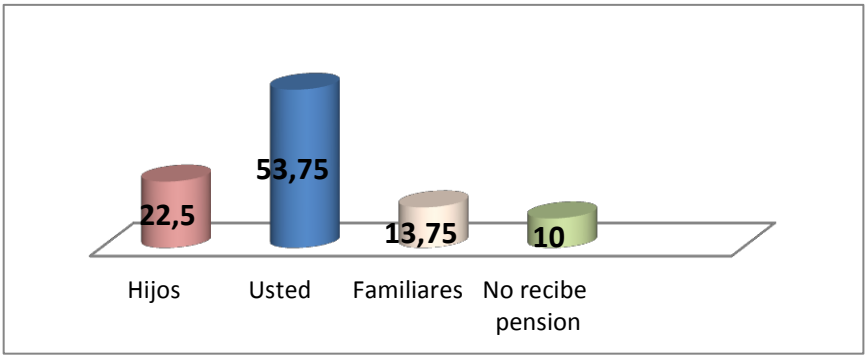
De los 80 jubilados del IESS 39 adultos mayores es decir 48,75% consumen más de 5 vasos ; donde el 31socios ingieren de 3 a 5 vasos con un 38,75%; y que menos de 3 vasos lo hacen 10 de ellos con un 12,5%.

Tabla 18: Quien le administra su pensión mensual

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Hijos	18	22,5
Usted	43	53,75
Familiares	11	13,75
No recibe pensión	8	10
Total	**80**	**100**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 18



Interpretación de resultados

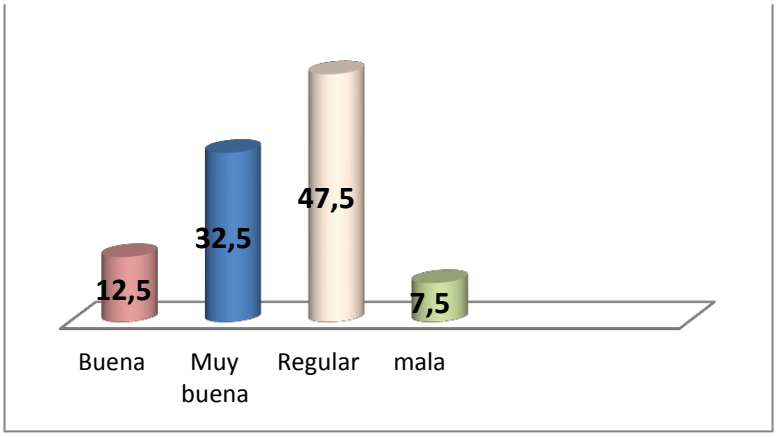
A 43 pacientes de los 80 encuestados ellos administran su pensión mensual mismos en un 53,73% a 2 lo hace los hijos 18 con una frecuencia del 22,5% Y familiares 11 en un 13,75 %; y el 8 no recibe pensión es decir el 10%.

Tabla 19: Como es la comunicación con sus familiares

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Buena	10	12,5
Muy buena	26	32,5
Regular	38	47,5
Mala	6	7,5
Total	80	100

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 19



Interpretación de resultados

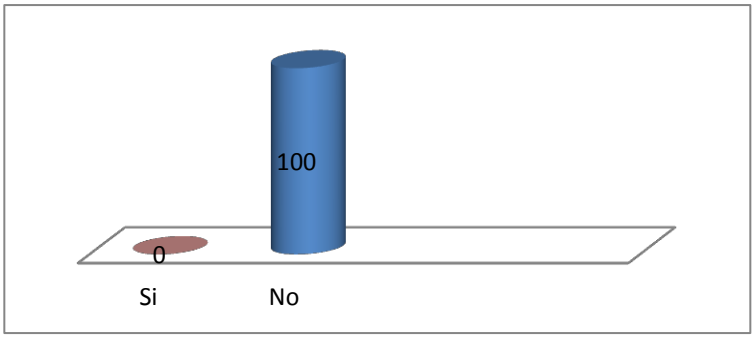
38 jubilados encuestados tienen una comunicación regular con sus familiares en un 47,5%; otros dijeron que el 26 es muy buena en un 32,5 %; y 10 tienen una comunicación buena con un total de 12,5: y que el 6 tiene un dialogo malo con 7,5%.

Tabla 20: Recibe usted algún tipo de información en la Asociación sobre la nutrición para poder mantener un buen estado de salud.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	80	100
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino

Gráfico No. 20



Interpretación de resultados

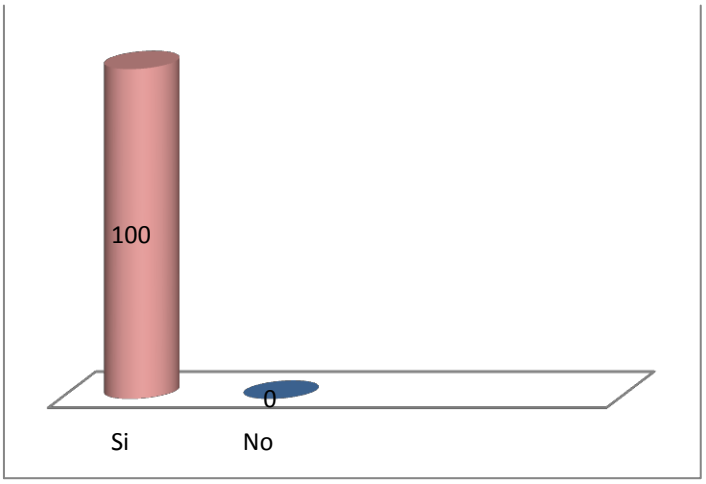
Todos los 80 jubilados dijeron que no reciben algún tipo de información en la Asociación sobre la nutrición para poder mantener un buen estado de salud.

Tabla 21: Le gustaría recibir algún tipo de información en la Asociación sobre la nutrición para poder mantener un buen estado de salud.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	100
No	0	0
Total	**80**	**100%**

Fuente: Adultos mayores de la Asociación de Jubilados del IESS
Elaborado por: Enma Peñafiel Lino.

Gráfico No. 21



Interpretación de resultados

Todos los 80 jubilados dijeron que si les gustaría recibir algún tipo de información en la Asociación sobre la nutrición para poder mantener un buen estado de salud.

Estado civil del paciente

- En base a la pregunta del estado civil de los jubilados del IESS en su gran mayoría son casados es decir 35 de ellos con una frecuencia del 43,75%; tienen unión libre el 32,5% un total de 26; viudo se encontraron 8 con un total de del 10 %; y divorciados al igual que solteros 6 de cada uno con una frecuencia del 7,5%.

Conclusión de la pregunta:

Se consideró esta pregunta y respuestas para esta investigación y el desarrollo de éste objetivo porque en ella se pudo conocer que la mayoría son casados y eso hace que influya de manera positiva en el aspecto socioeconómico de los adultos mayores dado el caso que si tiene quien los atienda en su vida diaria (alimentación, vestimenta, etc.)

Pregunta No. 6

- Observamos en el cuadro y gráfico No. 6 que la mayoría de los jubilados del IESS habitan en casas mixtas con equivalente de 34 % un total de 42,5% jubilados; en casa caña 28 con un total de 35% y casas de cemento en un 18 CON un total de 22,5 %.

Conclusiones de la pregunta:

Se pudo constatar que la mayoría de los pacientes encuestados habitan en casas de mixta cual se considera que tienen un aspecto económico medio por la manera de vivir en este tipo de vivienda.

Pregunta No. 7

Vive en compañía de familiares

- La mayoría de los adultos mayores jubilados del IESS viven en compañía de familiares con una frecuencia del 55 un total de 69; el 12,5 % viven solos es decir 10 de ellos.

Conclusiones de la pregunta:

Se considera un aspecto social positivo dado el caso que la mayoría de los adultos mayores encuestados viven con sus familiares.

Pregunta No. 8

Nivel de educación que tiene usted

- Se observa que la mayoría de los adultos mayores tienen un nivel secundario en un 43,75 un total de 35 de ellos; el nivel primario dijeron 25 con

una frecuencia del 31,25 %; 16 tienen un nivel universitario es decir en un 20 %; y 2 son analfabetos con una frecuencia del 2,50 %

Conclusiones de la pregunta:

La mayoría de los adultos mayores tiene un nivel secundario lo cual indican que si tienen un nivel académico bueno para poder desenvolverse en la vida cotidiana de todo ser humano.

Pregunta No. 11

Cuantas comidas consume al día

- 55 jubilados consumen comida 2 veces al día con una total del 68,75 %; 16 comen 3 veces al día con una total de 10 %;4 ingieren alimentos 4 veces al día con un equivalente del 5 % y más de 5 veces al día 13 jubilados con el 16,25 % .

Conclusiones de la pregunta:

Se puede concluir que la mayoría de los jubilados consumen 2 comidas diarias lo que hace pensar que tienen un aspecto económico regular o medio.

10.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1.- CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación inductiva realizada en el universo de los pensionistas de IESS, cuyas edades fluctúan en el rango de 67-93 años, mayormente femenino, se puede concluir:

- El estado nutricional del adulto mayor por edad y sexo, del universo de 80 longevos que forman parte de la asociación, existe el 17.5% de socios con infra peso, el 37.5 %, con bajo peso y un 16.25% padece de sobre peso siendo el género masculino afectado en su gran mayoría debido al desorden alimenticio.

- Unas de las patologías más comunes causadas por la inadecuada alimentación es el predominio de enfermedades de hipertensión arterial en un 36. 25%, con osteoporosis el 23.75%, enfermedades gastrointestinales el 12.5, diabetes con el 7.25%.

- En cuanto al aspecto socio económico del universo analizado de manera general se identifican que están dentro del estatus social medio-bajo; factor que les limita tener acceso de alimentos de calidad o disponer de orientación especializada.

- Como factor de incidencia positiva y negativa que se relaciona con el entorno y la alimentación es que los encuestados viven dentro de una estructura social familiar, se lo considera como un aspecto matizado por cuanto el adulto mayor dispone de compañía, cuidados y afecto pero esto se contrapone puesto que el consumo de alimentos se da sin considerar las condiciones fisiológicas del anciano.

10.2.-RECOMENDACIÓNES

- Que el director encargado del IESS realice las gestiones necesarias para que se contrate un profesional especializado en nutrición.

- Institucionalizar capacitaciones relacionadas con la nutrición en los adultos mayores, involucrando al individuo y a la familia como factor de incidencia.

- Generar cursos o especialidades en geriatría que trabajen directamente con este grupo vulnerable.

- Que se dé un seguimiento continuo a los adultos mayores para verificar y comprobar si cumplen con el régimen alimenticio indicado.

11. CRONOGRAMA

2011-2012																																		
ACTIVIDADES	**julio**				**agosto**				**septiembre**				**octubre**				**noviembre**				**diciembre**				**enero**				**febrero**							
Presentación del tema y problema	x																																	
Aprobación del tema y problema		x																																
Análisis bibliográfico			x	x	x	x	x	x																										
Elaboración del Marco Teórico									x	x																								
Elaboración de instrumentos de investigación											x	x																						
Recolección de informacion													x	x	x																			
Procesamiento de la información																x	x	x																
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																		
Elaboración del Presupuesto																			x	x														
Diseño de bibliografía																					x	x												

| | | |

12. PROPUESTA.

12.1. TITULO DE LA PROPUESTA.

Guía promocional de nutrición para el adulto mayor de la asociación de jubilados pensionistas y montepío del IESS.

12.2. INTRODUCCIÓN

En la etapa de la adultez mayor, la nutrición es muy importante para la salud física y emocional. Por ello, la dieta que lleven los adultos mayores debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible y además de fácil trituración o desintegración y digestión.

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos y funciones del organismo. De allí, la importancia de evaluar el estado nutricional en este grupo.

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Esto implica que debe ser realizada en forma interdisciplinaria, con

el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad.

En éste módulo se presenta un listado de factores de riesgo que es útil para un tamizaje preliminar de los adultos mayores que acuden al IESS y que puede formar parte de la evaluación rutinaria que hace el médico, enfermera o trabajadora social.

El adulto mayor debe tener una alimentación variada, en la que diariamente se incluyan frutas; verduras; leche o productos lácteos con poca grasa; carnes o legumbres; pan; cereales (arroz, sémola, fideos).

Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol.

Estos alimentos permiten vivir saludablemente, porque aportan suficientes proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, hidratos de carbono y agua.

Gracias a ellos, nuestro cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades.

12.3. JUSTIFICACIÓN.

En el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS no existe un departamento de nutrición para los adultos mayores jubilados del IESS por tal razón la presente guía alimentaria para Personas Adultas Mayores, es un instrumento educativo que adapta una serie de conocimientos científicos en materia de nutrición, para la fácil comprensión de nuestro público objetivo: los profesionales, técnicos y promotores de salud, cuyo campo de acción es el trabajo preventivo promocional con la población adulta mayor.

Los adultos mayores necesitan una dieta balanceada de vitaminas, minerales, carbohidratos, grasa proteínas y agua, para satisfacer sus requerimientos de energía. Ellos necesitan ingerir suficientes calorías para sus requerimientos energéticos. Hay una limitada información acerca de las necesidades alimenticias estrictas para adultos mayores, pero individuos con más de 75 años las necesidades de calorías son un poco menor que la de los adultos jóvenes.

Para los adultos mayores no más del 30% de calorías provienen de las grasas, 15% de las proteínas y el resto 55% de los carbohidratos. Las fibras es otro importante componente de la dieta para mantener la función gastrointestinal. Lo más importante de la nutrición es que sea balanceada.

Esta Guía Técnica, es una herramienta de vital importancia porque permite orientar y aplicar decisiones adecuadas en la alimentación de las personas de edad, identificando los requerimientos nutricionales que surgen producto de los cambios que ocurren en el proceso del envejecimiento, para atender adecuadamente sus necesidades, brindando una dieta saludable y una alimentación balanceada..

12.4. OBJETIVOS

12.4.1 Objetivo General.

Elaborar una guía promocional de nutrición para el adulto mayor de la asociación de jubilados pensionistas y montepío del IESS.

12.4.2. Objetivos Específicos.

G

- Establecer las comidas de los adultos mayores según el grado de desnutrición.
- Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada**.**

12.5. ESTRATEGIAS

Motivar al Personal de enfermería del IESS a aplicar la guía nutricional para el adulto mayor que asiste a chequeos médicos según el grado de desnutrición que se encuentre.

12.6. PROCEDIMIENTO OPERATIVO

La operatividad de esta propuesta se la realizara de acuerdo a los objetivos específicos planteados y los requerimientos para su ejecución.

12.6.1 Actividades por Objetivos.

Para el objetivo específico 1

- **Establecer las comidas de los adultos mayores según el grado de desnutrición.**

Charlas y Taller de capacitación a las enfermeras sobre la guía nutricional.

Multiplicar la guía nutricional para proporcionar el manual a los adultos mayores que lo necesiten.

Para el objetivo específico 2

- **Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada.**

Taller de capacitación a los adultos mayores y familiares.

12.7. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

Para la ejecución de la propuesta se utilizara la siguiente metodología

- Aprobación financiamiento de la guía nutricional

- Socialización de la propuesta
- Contratación de capacitadores
- Realización de la capacitación

12.8. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Componentes	Detalle	Mes 1	Mes 2	Mes 3

Establecer las comidas de los adultos mayores según el grado de desnutrición.	Charlas y Taller de capacitación a las enfermeras sobre la guía nutricional	
	Multiplicar la guía nutricional para proporcionar el manual a los adultos mayores que lo necesiten	
Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada	Taller de capacitación a los adultos mayores y familiares	

11.9. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

11.9.1. Organización.

Comité de gestión

Entidad ejecutora

Unidad de asistencia técnica

11.9.2. Dirección y control.

Comité de Gestión.- Estará integrada por las enfermeras de la Institución.

Entidad Ejecutora.- La entidad ejecutora será la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur en Manabí, representada por el Coordinador de carrera.

Unidad de Asistencia técnica.- Estará conformada por un administrador que será una licenciada en Enfermería.

11.10. PARTICIPACION

En la implementación de la propuesta es importante considerar a los actores directos y los indirectos que participaran en este proceso, se pueden mencionar los siguientes.

Entidad ejecutora

Carrera de Enfermería

Instituto de Seguridad Social

11.11. IMPACTOS

Se propone mejorar el estado nutricional de los adultos mayores jubilados del IESS.

11.12. SUSTENTABILIDAD

Se busca mejorar la calidad de vida social y su estado de salud de los adultos mayores jubilados del IESS.

11.13 MARCO LOGICO.

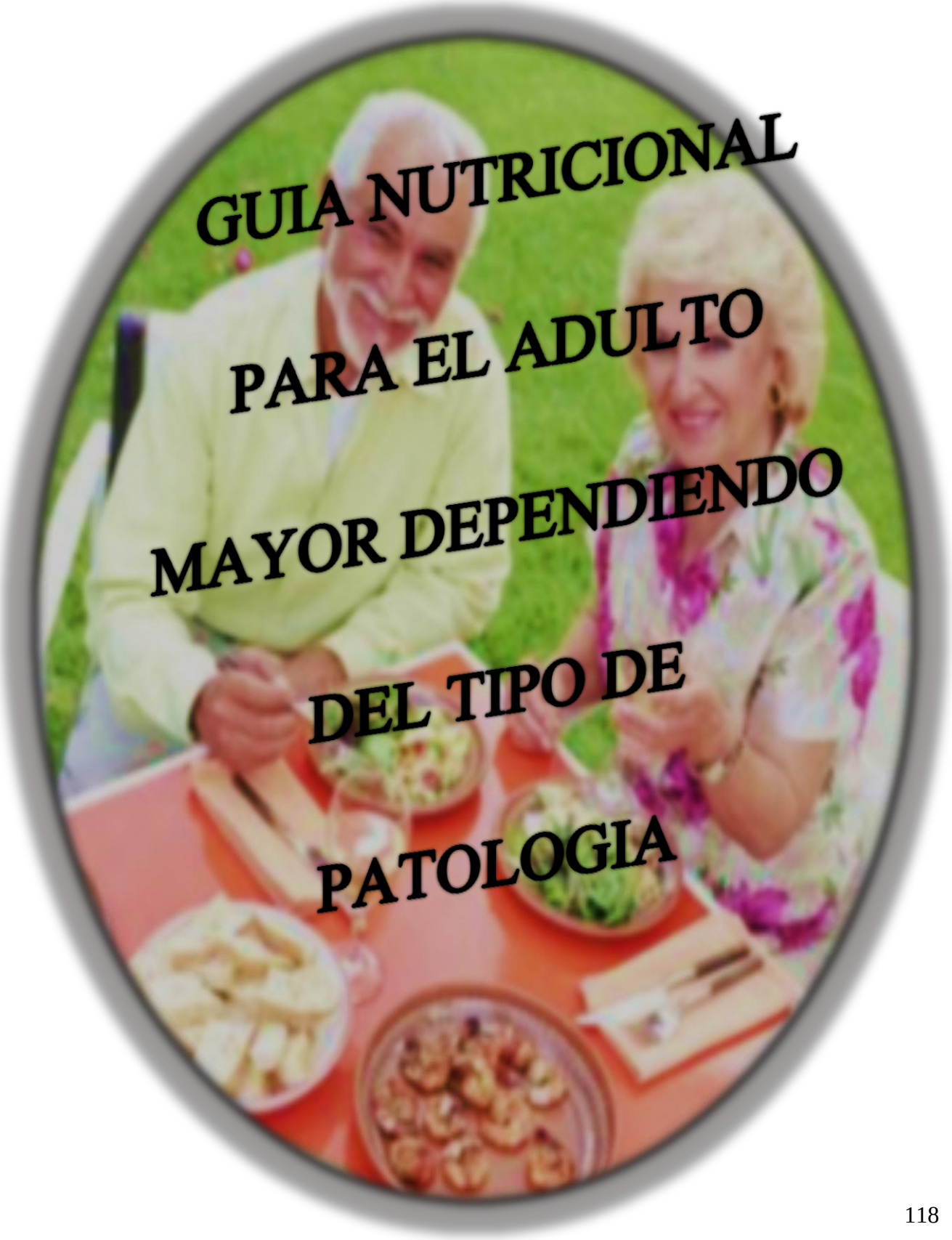
DESCRIPCIÓN NARRATIVA		INDICADORES VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
FIN				
Elaborar una guía promocional de nutrición para el adulto mayor de la asociación de jubilados pensionistas y montepío del IESS.		Para el año 2016 el 50 % los jubilados del IESS contarán con una guía nutricional para mejorar su estado nutricional	Registros de mejoría de pacientes en estado de desnutrición	Registros de pacientes
PROPOSITO				
Mejorar la calidad de vida de los jubilados del IESS		La calidad de vida de los jubilados mejora en un 70%	Registros y chequeos médicos	Mejor salud de los adultos mayores de lESS
COMPONENTES				
1	Establecer las comidas de los adultos mayores según el grado de desnutrición.	El personal de enfermería capacitado para poder dar la mejor guía de nutrición según el estado de desnutrición de los adultos mayores	Ficha de inscripción firmada por los participantes Registro de participantes Fotos de los eventos de capacitación	Que las participantes hagan el compromiso de culminar con éxito los eventos de capacitación.
2	Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada	Los familiares y pacientes siguen las instrucciones tal y como se les indican	Documentos otorgados por el personal de enfermería (guía nutricional según el pacientes)	Disponibilidad de Documentación

DESCRIPCIÓN NARRATIVA		INDICADORES VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
ACTIVIDADES				
1	**Establecer las comidas de los adultos mayores según el grado de desnutrición.**			

1.1	Charlas y Taller de capacitación a las enfermeras sobre la guía nutricional	Presupuesto	Registro de asistencia Fotografías de eventos	Las enfermeras participan activamente
1.2	Multiplicar la guía nutricional para proporcionar el manual a los adultos mayores que lo necesiten	Presupuesto	Documentos	Existen copias suficientes de la guía nutricional en el IESS
2	**Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada**			
2.1.	Taller de capacitación a los adultos mayores y familiares	Presupuesto	Fotografía del evento	Los familiares de los adultos mayores se comprometen a seguir al pie de la letra las indicaciones de las enfermeras de la guía nutricional

13. PRESUPUESTO

Componentes	Detalle	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Establecer las comidas de los adultos mayores según el grado de desnutrición.	Taller sobre los tipos de desnutrición	Charla técnica	1	250	250
	Taller sobre los tipos de nutrición según el caso de desnutrición al personal de enfermería	Taller	1	300	300
	Circulación de la guía nutricional a enfermeras y pacientes que la necesiten según el grado de desnutrición	Documento	80	3.00	2.400,00
Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada	Taller a familiares y adultos mayores sobre la desnutrición	Charla técnica	1	200	200
	Capacitación a familiares de adultos mayores en estado de desnutrición	Taller	1	200	200
Total					3.350,00


GUIA NUTRICIONAL
PARA EL ADULTO
MAYOR DEPENDIENDO
DEL TIPO DE
PATOLOGIA

UNA BUENA ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR.

En la etapa de la adultez mayor, la nutrición es muy importante para la salud física y emocional. Por ello, la dieta que lleven los adultos mayores debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible y además de fácil trituración o desintegración y digestión.

El adulto mayor debe tener una alimentación variada, en la que diariamente se incluyan frutas; verduras; leche o productos lácteos con poca grasa; carnes o legumbres; pan; cereales (arroz, sémola, fideos) Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol.

Estos alimentos permiten vivir saludablemente, porque aportan suficientes proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, hidratos de carbono y agua..

Gracias a ellos, nuestro cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades.

II.- RECOMENDACIONES DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Carnes

• Reemplace las carnes rojas por legumbres, carne vegetal, huevos, jurel, atún o salmón en conserva.
• Al comprar carne, elija la que tiene menos grasa.
• No compre huesos, porque no alimentan.

Huevos

• Consuma 1 a 2 huevos en la semana.

Fibra

• Aumente el consumo de alimentos ricos en fibra, como legumbres, frutas y verduras crudas, pan y cereales integrales. La fibra de los alimentos ayuda a bajar el colesterol y mejora la digestión.

Agua

• Beba agua en los intervalos de las comidas, 6 a 8 vasos en el día.

III.-NUTRICIÓN Y CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR

Sal

• Consuma sal muy moderadamente. Lave los alimentos que contienen Mayor cantidad de sal como: aceitunas y atún en conserva, entre otros.

Te y café

• Disminuya el consumo de té y café, porque alteran el sueño y son diuréticos, es decir, contribuyen a la deshidratación, en especial cuando se toma poco líquido.

Alcohol

• Si toma bebidas alcohólicas, disminuya su consumo a no más de una copa de vino tinto al día. El alcohol modifica el efecto de los medicamentos, aumenta el riesgo de accidentes, caídas y fracturas, y eleva la presión sanguínea.

Hábitos

• Coma lento, mastique bien.

• Si tiene problemas para masticar, coma la carne molida y las verduras y frutas ralladas o cocidas.

• Coma en lo posible 4 comidas al día.

I.V.- AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Existe la creencia errónea, que la pérdida dental es una consecuencia natural del envejecimiento. Sin embargo, esta se debe, normalmente, a una limpieza deficiente. Lo principal es una adecuada y constante limpieza de la lengua, mucosa, encías y dientes, los que se deben lavar con un cepillo mediano-suave después de cada comida. De esta manera, estará evitando enfermedades, mal aliento, gasto de dinero en dentista y, sobre todo, la pérdida de sus piezas dentarias.

Otro factor que ayuda a una vida saludable en el adulto mayor es mantener un hábito diario para la eliminación intestinal.

Para ello se aconseja:

• No esperar el último momento para ir al baño.

• Evitar en lo posible, el uso de laxantes.

• Consumir alimentos ricos en fibras, como frutas y legumbres, y tomar unos dos litros de agua diarios.

• Desarrollar actividad física periódica y regular.

IV.- REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Las necesidades nutricionales dependen de cada persona, su edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica, actividad física, etc. Estas necesidades se satisfacen por medio del consumo de diferentes nutrientes, entre los cuales se encuentran proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas y minerales.

- **Proteínas**

Es necesario incluir alimentos ricos en proteínas completas, debido a que contribuyen a mantener los órganos, tejidos (músculos, huesos), y el sistema de defensas en buenas condiciones para combatir las enfermedades.
Las proteínas que se encuentran en el huevo, carnes, pescados, y lácteos son de mejor calidad que las que se encuentran en alimentos de origen vegetal (legumbres y cereales). Sin embargo, la combinación de cereales con lácteos (leche con arroz o con sémola) o de legumbres con cereales (lentejas con pan, porotos con fideos, garbanzos con arroz) originan proteínas de tan buena calidad como las de origen animal.

- **Hidratos de Carbono**

Son la fuente energética más barata y fácil de obtener. Su consumo adecuado permite mantener un peso y la composición corporal ideal.

El excesivo consumo de hidratos de carbono puede provocar caries dentales, sobrepeso y obesidad, alteración de los niveles de lípidos en sangre, diabetes, intolerancia a la lactosa o a la galactosa.

Existen dos tipos de hidratos de carbono, los de absorción rápida, que llegan prontamente a la sangre, (azúcar, almíbar, caramelo, jalea, dulces, miel, chocolate y derivados, repostería, pastelería, galletas, bebidas refrescantes azucaradas, fruta, y su zumo, fruta seca, mermeladas). Estos deben consumirse en forma racional y en cantidades moderadas.

Otro tipo de hidratos de carbono son los de absorción lenta, que pasan más pausadamente del intestino a la sangre, (verduras, hortalizas, farináceos como el pan, arroz, papas, pastas, legumbres, cereales de desayuno). Estos se deben consumir en cada comida del día.

- **Energía**

Esta es proporcionada fundamentalmente por los hidratos de carbonos y las grasas. Los requerimientos de energía disminuyen con la edad, porque las personas se hacen más sedentarias y su consumo de energía es menor. Si la persona consume más energía (calorías) de las que necesita, las acumula como grasa y aumenta de peso.
La energía es necesaria para efectuar las funciones del cuerpo (bombeo del corazón, respiración, etc) y para realizar actividad física.

Después de los 65 – 70 años, se recomienda no abusar de los alimentos grasos de origen animal (mayonesa, crema, mantequilla, quesos granulados, carnes grasas, embutidos, y patés). Para las personas mayores que no consumen calorías suficientes por falta de apetito, conviene preparar platos completos, de poco volumen, pero muy nutritivos.

- **Grasas:**

Son fuente de energía, regulan la temperatura corporal, envuelven y protegen órganos vitales como el corazón y los riñones, transportan las vitaminas liposolubles (A,D, E, K).

Facilitando así su absorción, resultan imprescindibles para la formación de determinadas hormonas y suministran ácidos grasos esenciales que el organismo requiere.

Se debe ingerir alimentos ricos en grasa con moderación, pues el cuerpo almacena la grasa que no necesita, lo que puede aumentar el colesterol, triglicéridos en la sangre y el peso de la persona.

Minerales y Oligoelementos

• **Calcio:**

Forma parte de huesos, tejidos conjuntivo y músculos. Junto con el potasio y el magnesio es esencial para una buena circulación de la sangre y juega un papel importante en la transmisión de impulsos nerviosos.

• **Alimentos ricos en calcio:**

Lácteos, frutos secos, pescados de los que se come la espina (anchoas, sardinas), sésamo, bebidas de soya enriquecida, etc.
El calcio que contienen los lácteos es esencial para evitar la osteoporosis.
Se recomienda consumir productos lácteos en todas las comidas.

• **Magnesio:**

Es esencial para la asimilación del calcio y de la vitamina C, y es importante en la transmisión de los impulsos nerviosos.
El magnesio se encuentra en el cacao, la soya, los frutos secos, las legumbres, y verduras verdes y el pescado.

• **Hierro:**

Cumple un rol fundamental, es el transportador del oxígeno a la sangre, interviene en los procesos de obtención de energía. Se absorbe mejor el hierro de los alimentos de origen animal que de los de origen vegetal. El hierro abunda en las carnes, además en el hígado, pescado, yema de huevo, cereales enriquecidos, frutos secos y levaduras..

• **Agua:**

El requerimiento mínimo diario es de un litro y medio, distribuido en alimentos y agua en distintas combinaciones.

• Fibra: La fibra ayuda a los movimientos intestinales y su carencia puede ser causa de constipación o estreñimiento. Esta se agrava por la falta de ejercicio y de ingesta de líquidos. El consumo de 20 a 30 g diarios de fibra por día es suficiente para prevenir este problema.

TIPOS DE RÉGIMEN DIETÉTICO DEPENDIENDO DE LAS PATOLOGÍAS:

<table>
<tr><th colspan="2">RÉGIMEN EQUILIBRADO</th></tr>
<tr><td colspan="2">Desayunos:
1 vaso de leche , yogurt, colada, jugo de frutas</td></tr>
<tr><td>1 plátano
6 galletas
6 totillas
3 panes</td><td>Elegir una opción natural</td></tr>
<tr><td>1 huevo duro
1 porción de pollo
1 porción de pescado
1 porción de carne</td><td>1 onza</td></tr>
<tr><td colspan="2">10:00 fruta, un vaso de colada + galletas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Almuerzo:
Sopas: Pollo, Carne, Pescado, Vegetales
Agua
Pollo, carne, pescado
Ensaladas variadas
Jugo de frutas
4:00 fruta</td></tr>
<tr><td colspan="2">Meriendas:
Colada, jugo o batido
Arroz ½ taza + 1 plátano
Pollo, carne, pescado</td></tr>
<tr><td colspan="2">Recomendaciones:
1.- Tomar 6-8 vasos de aguas diarios.
2.- Solo puede utilizar dos gramos de sal al día.</td></tr>
</table>

RÉGIMEN HIPERPROTEICO HIPERCALÓRICO	
Desayunos: 1 vaso de leche o yogurt / colada con leche o frutas.	
1 plátano asado o hervido 6 tostadas naturales 6 galletas club social natural 3panes	Elegir 1 opción
1 porción de pollo 1 porción de pescado 1 porción de carne 1 huevo duro	1 onza
10:00 fruta o un vaso de colada + galletas	
Almuerzo: Sopas (pollo, carne , pescado , vegetales) Arroz cocinado Pollo, pescado, carne, hígado 1 onza Menestras ½ taza Ensaladas 3 componentes 1 taza Jugo de frutas o colada 4:00 fruta + galletas o colada	
Merienda: 1 vaso de jugo de frutas / leche o yogurt Arroz Pollo, pescado, carne 1 onza	
Recomendaciones: 1.- No consumir frituras, frutas cítricas (limón, mandarina, melón). 2.- Tomas 6 vasos de agua diario.	

REGIMEN HIPOGRASO - HIPOSÓDICO		
Desayunos:		
1 taza de agua aromática natural / 1 vaso de jugo de frutas endulzado con azúcar morena 1 plátano asado o hervido 4 galletas club social integral / sodas de agua 6 tostadas integrales Griler 2 claras de huevos		
1 porción de pollo: pechuga o pernil sin piel asado o viste 1 porción de carne: asada o viste		1 onza Azada o viste
10:00 fruta	1 naranja 1 manzana 1 mandarina 1 pera 2 reina Claudia	
Almuerzos: Sopas desgrasadas (pollo, carne , pescado) vegetales con queso o leche Arroz cocinado sin aceite porción 1 taza		
1 porción de pollo: pechuga o pernil si piel 1 porción de pescado : picudo/ dorado/ camotillo/ corvina		1 onza asado o viste
1 porción de carne: negra sin grasa Ensaladas: 2-3 componentes de diferentes clores 1 taza 1 vaso de jugo de frutas		
4:00 fruta	4 frutilla 1 mandaría 1 taza de sandía o melón	
Merienda: 1 vaso de jugo de frutas o agua aromatizada natural 1 plátano asado o hervido 1 porción de pollo/pescado /carne		
Recomendaciones: 1.- Ninguna reparación puede ser frita todo asado o al vapor. 2.- No consumir duces mayonesa, embutidos, enlatados, longaniza, salpriera. 3.- Realizar una hora de ejercicio o bailo terapia.		

REGIMEN NUTRICIONAL HIPOSÓDICO	
Desayunos: 1 batido de frutas con leche (melón, aguacate, piña, durazno, frutilla, mora, papaya) sin azúcar / 1 taza de café descafeinado sin azúcar	
1 plátano asado o hervido 1 taza de arroz + 1 cucharada de aceite 4 galletas, sodas de agua/ club social integral 3-4 rebanadas de pan Al Brank	Elegir 1 opción / día
1 porción de pollo: pechuga o cualquier presa 1 porción de pescado : picudo/ dorado/ parvo 1 porción de carne: res o cerdo magra sin grasa	1 onza asado o viste
10:00 fruta	2 reina Claudia 1 manzana 1 pera 1 durazno natural
Almuerzo: Sopas completas espesas: pollo, carne, pescado Arroz: 1 taza agregarle 1 gota de aceite Pollo, pescado, carne, hígado, asado o viste 1 onza Menestra e granos tiernos o secos: soya, yuca, fideo ½ taza Ensaladas: 2-3 componentes de diferentes clores 1 taza ½ taza 1 vaso de jugo de frutas	
4:00 fruta	1 porción de Sandía = 1 taza Papaya= 1 taza Melón = 1 taza
Meriendas: 1 taza de agua aromática natural o un vaso de jugo de frutas 1 taza de arroz + 1 cucharada de aceite de origen vegetal 1 porción de pollo, carne, pescado	
Recomendaciones: 1.- Tomar diariamente 6-8 vasos de agua al día. 2.- Agregar 1 cucharada de aceite al arroz de consumo diario para subir de peso.	

REGIMEN HIPOGRASO – HIPOCALÓRICO HIPOSÓDICO	
Desayunos: 1 vaso de jugo de frutas variadas, 1 taza de agua aromática natural endulzado con azúcar morena	
1 plátano asado o hervido 4 galletas, sodas de agua 6 tostadas integrales 2 rebanadas de pan Al Brank	Elegir 1 opción / día
2 claras de huevos	
1 porción de pollo: pechuga o pernil sin piel 1 porción de pescado: picudo o dorado 1 porción de carne sin grasa	1 onza Azada o viste
10:00 colación Fruta: 1 mandarina, pera, piña, reina Claudia, frutilla, granadilla.	
Almuerzos: Sopas desgrasadas (pollo, carne, pescado, vegetales), No hueso, pata, mondongo. Arroz cocinado sin aceite con gotas de limón porción 1 taza	
Pollo: pechuga o pernil si piel Pescado : picudo/ dorado	1 onza asado o viste
Carne sin grasa 1 vaso de jugo de frutas con poca azúcar 4:00 fruta: 1 taza de sandía, melón, papaya	
Merienda: 1 taza de jugo de frutas / o agua aromatizada natural 4 galletas, 6 tostadas / 2 rebanadas de pan	
Recomendaciones: 1.- Ninguna reparación puede ser frita todo asado o al bistec. 2.- No dulces helados, mayonesa, embutidos, enlatados, salpriera, longaniza. 3.-Realizar una hora de actividad física, caminata, bailo terapia.	

REGIMEN NUTRICIONAL REGIMEN BLANDO / HIPOGRASO	
Desayunos: 1 taza agua aromática natural o una taza de colada con fruta o leche 1 plátano asado o hervido 6 tostadas integrales 4 galletas club social natural 2 panes	
1 porción de pollo: asada/ viste 1 porción de pescado dorado / camotillo/ corvina 1 porcion de carne: asada o viste	1 onza
10:00 fruta: 1 manzana, 1 pera, 1 durazno, papaya, fresa, reina claudia. No cítricas.	
Almuerzos: Sopas desgrasadas: (pollo, pescado, carne , vegetales) Arroz cocinado sin aceite 1 taza	
Pollo: pechuga Pescado : picudo/ dorado/ camotillo/ corvina Carne magra	1 onza
Puré de papa o yuca jugo de frutas 4:00 fruta a su elección	
Merienda: agua aromática o colada 1 plátano asado 1 porción de pollo o pescado	
Recomendaciones: 1.- Ninguna reparación puede ser frita todo asado o viste. 2.- No embutidos, enlatados, maní, salprieta. 3.-Realizar 1 hora de ejercicio.	

REGIMEN HIPERCALORICO HIPERPROTICO	
Desayunos: 1 vaso de jugo de frutas o colada con frutas endulzada con azúcar morena 1 plátano asado o hervido 6 galletas club social natural 6 tostadas integrales 4 rebanadas de pan integral 3 claras de huevo	
1 porción de pollo: pechuga o pernil 1 porción de hígado: asado o viste 1 porción de carne: asado o viste	 1 onza Asado o viste
10:00 1 fruta: 1 vaso de colada con fruta 1 sachet de galleta	
Almuerzos: Sopas desgrasadas: (pollo, pescado, carne , vegetales) Arroz cocinado	
Pollo: pechuga Pescado: picudo / o dorado Carne: res o cerdo sin grasa	 1 onza Asada o viste
1 taza de ensalada de vegetales de diferentes colores 1 vaso de jugo de frutas 4:00 1 fruta: un vaso de colada con fruta	
Merienda: 1 vaso de jugo de fruta 1 plátano asado o hervido 1 porción de pollo, pescado: asado o viste	
Recomendaciones: 1.- Tomar seis vasos de agua diario. 2.- No embutidos, enlatados, mayonesa.	

14. BIBLIOGRAFIA

- Aranda P, Arroyave G, Flóres M, Guzmán M, Martorell R. Indicadores mínimos del estado nutricional. Publicación INCAP E-827. Impreso en la Revista del Colegio de Médicos de Guatemala. Marzo. 1975; Aranda JP, Arroyave G, Flores M, Guzmán MA, Martorell R. Indicadores mínimos del estado nutricional. XV Congreso Médico Centroamericano. Costa Rica, 2006).
- Bistrian Br, Blackburn GL, et al. : Prevalence of malnutrition in general medical patients. JAMA 1976; 235: 1567-70.
- Bueno M, Moreno LA, Bueno G. Valoración clínica, antropométrica y de la composición corporal. En: Tojo R, ed. Tratado de nutrición pediátrica. Barcelona: Doyma; 2000. p. 477-490.
- Comité Nacional del Adulto Mayor (1996). Política nacional para el adulto mayor. Documentocompleto. Chile.
- Correia MITD, Campos AC. 2003 Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: themulticenter ELAN study. Nutrition. 19:823-5.
- Detsky AS, Baker JP, O'Rourke y cols.: Predicting nutrition-associated complications for patients undergoing gastrointestinal surgery. *JPEN* 1987, 11:440-446.
- Edicion. México, pp I2-I42 DIVISON,.William. El cuidado del paciente geriá'tri co. Me@xico D.F. Cowdry Ed.
- Essentials of Clinical Geriatrics.Third Edition 2004. Kane R, Ouslander J, Abrass I.
- Fernández R : Malnutrición. En A. Net,JM Sánchez, S Benito eds. Nutrición artificial en el paciente grave. Ed. Doyma, Barcelona 1989
- Fuente: INEC Tasa de crecimiento anual de la población AM (prom. 2001 -2010 del 3.72% Anual)
- GRAN ENCICLOPEDIA. Cambios en los relaciones los* Tomo I8, Marra Ed. Mé'xicI98I. pp I8-37

- Grover Z, Ee LC.Protein energy malnutrition.*PediatrClin North Am*. 2009 Oct;56(5):1055-68.
- Guadri P, Fraggiacomo C, Pertoldi W, Guigoz Y, Herrmann F, Rapin CH (1998) MNA and cost of care. En: Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y (eds) Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and practice in elderly. Nestlé Clinical and performance Nutrition Workshop series, Vol 1, Lippincott-Raven, Philadelphia 141-148.
- INN-Fundación Cavendes. Necesidades de Energía y de Nutrientes. Recomendaciones para la Población Venezolana. (Revisión, 2006. Serie Cuadernos Azules. No. 48. INN. Caracas. Venezuela. 1999; p.5.
- Novelo H. Aspectos demográficos del adulto mayor. NutrClin. 2003;6:63–9.
- Plenitud.com. cambios-psicologicos-y-sociales-en-los-adultos-mayores.
- Red Latinoamerica de Gerontología. (2004)
- REVISTA DEL CONSUMIDOR. Cuando se llega a los 80-&7nos. No. I38 México, Marzo I998.REVISTA DEL CONSUMIDOR. La vejez Una enfermedad? No. I39 México, Marzo I998
- Sahebjami H, WirmanJA : Emphysema-like changes in the lungs of starved rats. Am Rev Respir Dis 1981; 124: 619-624
- Schneider MJ. 2006 Public health and the aging population. In: Schneider MJ, ed. *Introduction tothe public health* 2a ed. Ontario: Jones and Bartlett Publishers 489-512.
- Steen B., Rothenberg E., Aspects on nutrition of the elderly at home - a review, J.Nutr. Health Aging2006, 2: 28-33.
- The Essentials of Health Care and Old Age.Second Edition 2008. Bennett G, Ebrahim S.
- Tucker KL, Buranapin S. 2001 Nutrition and aging in developing countries. Journal ofNutrition.131(9):2417S-23S.

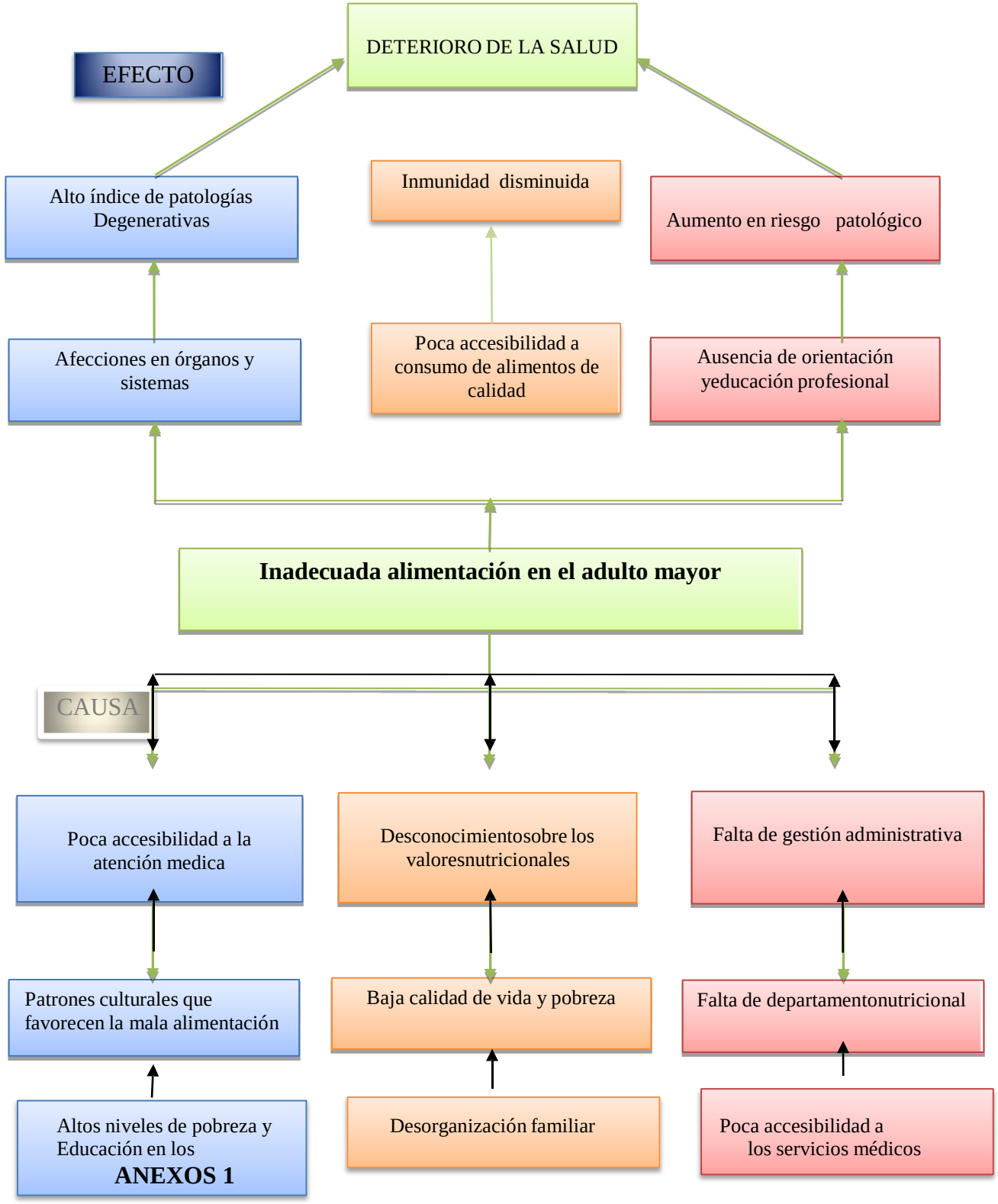
- Turner D. Handbook of Diet Therapy.5a. Ed. University of Chicago Press.Chicago. 2001; pp. 12-13.
- Visvanathan R, Chapman IM. Undernutrition and anorexia in the older person.*GastroenterolClin North Am*. 2009 Sep;38(3):393-409.
- Zulma R. Toro y Marco A. Henrich. 1996 en Puerto Rico

ANEXOS

MATRIZ DE COHERENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis
Problema General ¿Cómo valorar la importancia de una adecuada alimentación en el adulto mayor que permita equilibrar un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial?	**Objetivo General** Valorar la importancia de una adecuada alimentación en el adulto mayor que permita equilibrar un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial.	**Hipótesis General** El valorar la importancia de una adecuada alimentación en el 80% en el adulto mayor permitirá equilibrar un estado de salud aceptable libre de patologías que restrinjan su desarrollo como ente biopsicosocial.
Problemas Específicos ¿Cómo categorizar el estado nutricional del adulto mayor por edad y sexo?	**Objetivos Específicos** Categorizar el estado nutricional del adulto mayor por edad y sexo.	**Hipótesis Específicas** La categorización del estado nutricional influirá en adulto mayor por edad y sexo en los adultos mayores de la Asociación de Jubilados pensionistas y Montepio del I.E.S.S.
¿Cómo determinar las patologías más comunes por la mala alimentación?	Determinar las patologías más comunes por la mala alimentación.	La determinación de las enfermedades más comunes de la mala alimentación inciden los adultos mayores
¿Cómo identificar las características socioeconómicas de los adultos mayores de la asociación de jubilados?	Identificar las características socioeconómicas de los adultos mayores de la asociación de jubilados.	La identificación de las características socioeconómicas influirá en los adultos mayores de la asociación de jubilados.
¿Cómo elaborar la guía promocional de nutrición para el adulto mayor de la asociación de jubilados pensionistas y montepío del IESS?	Elaborar la guía promocional de nutrición para el adulto mayor de la asociación de jubilados pensionistas y montepío del IESS.	El elaborar la guía promocional influirá en la nutrición para el adulto mayor de la asociación de jubilados pensionistas y montepío del IESS.

ARBOL DEL PROBLEMA



ENCUESTAS DIRIGIDA A ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACION DE JUBILADOS PENCIONISTAS Y MONTEPRO DEL IESS DEL CANTÓN JIPIJAPA

Nota: Se les pide sinceridad al responder las diferentes preguntas planteadas en este texto cuyo es imprescindible para la recolección de datos para la elaboración de la presente investigación.

Se les agradece de antemano su valiosa colaboración.

Apellido_____**Nombre** _____

1. **Sexo** _____
2. **Edad** _____
3. **Peso Kg** _____
4. **Estatura (cm)** _____
5. **Modo de alimentación**

Necesita ayuda ☐
Come sólo con dificultad ☐
Come sólo sin dificultad ☐

6. Comparándose con las personas de su edad, cómo considera su estado de salud.

Peor ☐
No lo sabe ☐
Igual ☐
Mejor ☐

7. Padece UD de alguna enfermedad o afección:

Hipertensión arterial ☐
Artritis ☐
Osteoporosis ☐
Infecciones respiratorias ☐
Enfermedades gastrointestinales ☐
Cáncer ☐
Enfermedades neurológicas ☐
Stress ☐
Diabete ☐
Problemas de piel ☐

8. Si usted padece de algún problema en su salud toma los medicamentos de acuerdo a:

Criterio y conveniencia ☐
Sugerencia de amigos y vecinos ☐
Prescripción médica ☐

9. ¿Qué hace en sus momentos libres?

Comer ☐
Dormir ☐
Caminar ☐
Hacer ejercicios ☐
Bailar ☐
Ver televisión ☐

10. Estado civil

Soltero ☐

Casado ☐

Unión libre ☐

Divorciado ☐

Viudo ☐

11. Tipo de vivienda en que vive:

Caña ☐

Mixta ☐

Cemento ☐

Otras ☐

12. ve en compañía de familiares

SI ☐ NO ☐

13. Nivel Cultural que tiene usted

Analfabeta ☐

Nivel Secundario ☐

Nivel Primario ☐

Universidad ☐

Masterado ☐

14. ¿Cómo considera Ud. su alimentación?

Bueno ☐ **muy bueno** ☐ **regular** ☐ **mala** ☐

15. Cuál es el tipo de alimentos que usted consume diariamente.

Lácteos, leche, mantequilla, yogurt

Sí ☐ No ☐

Legumbres una o dos veces a la semana

Sí ☐ No ☐

Carnes rojas

Sí ☐ No ☐

Carne blanca

Sí ☐ No ☐

Frutas al menos dos veces a la semana

Sí ☐ No ☐

Mariscos

Sí ☐ No ☐

Carbohidratos

Sí ☐ No ☐

16. ¿Cuantas comidas consume al día

1 Vez ☐

2 veces ☐

3 veces ☐

4Veces ☐

Mas 5 veces ☐

17. Modo de alimentación

Necesita ayuda ☐

Come sólo con dificultad ☐

Come sólo sin dificultad ☐

18. Cuantos vasos de agua u otros líquidos toma al día

(Agua, zumos, café. Té, leche, vino, cervezas, otros)

Menos de tres vasos ☐
3 a 5 vasos ☐
Más de 5 vasos ☐

19. Quien le administra su pensión mensual.

Hijos ☐
Usted ☐
Familiares ☐
No recibe pensión ☐

20. Cómo es la comunicación con sus familiares?

Buena ☐
Muy buena ☐
Reguilar ☐
Mala ☐

21. Recibe UD algún tipo de información en la asociación sobre la nutrición para poder mantener un buen estado de salud?

Sí ☐ No ☐ No lo sabe ☐

22. ¿Le gustaría?

Sí ☐ No ☐

TOMA DE MEDIDAS ANTOPOMETRICA

ANEXOS 2

FOTOS:

El 10 de diciembre se hizo revisión de historias clínicas viendo en el sistema datos del jubilado como el dx, antecedentes dietético y patológico, que fueron tomados como referencias para la valoración.

15 de noviembre en el IESS de cantón jipijapa, con la tutora de tesis se realizó la toma de talla peso y se sacó el IMC.

TOMA DE EXAMENES DE LABORATORIO

El 21 de diciembre del 2011 se tomó los exámenes de laboratorio en MEDI-LAD que se encuentra localizado en la calle **SANTISTEVA Y BOLIBAR** cuyo propietario es LCDO RONADL LOPEZ, se visitó el de 26 domicilios de los jubilados con discapacidad y también se realizó un hemograma completo.

El 22 diciembre 2011 se continuaron con los exámenes de laboratorio, cumpliendo así con la meta propuesta.

TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

El 26 de noviembre se tomó peso talla y se sacó el IMC, hubo jubilados que tiene problemas de hipertensión.

El 29 de diciembre elaboración de la guía nutricional con la Lcda. **ELIZABETH PILOSO** profesional en nutrición.