



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TÍTULO:

**“ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL
ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE ANCIANOS
RIOBAMBA DURANTE EL PERÍODO MARZO A JULIO
DE 2011”**

AUTOR (as): FERNANDA CHISAGUANO

TUTOR(a): MYRIAM PARRA

RIOBAMBA, MARZO 2012

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo FERNANDA CHISAGUANO soy responsable de las ideas doctrinas, resultados y propuestas expuestas en el presente trabajo de investigación, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

Este trabajo fruto de mi esfuerzo dedico con amor:

A mi **Dios** que me dio la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa, que está conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi educación y bienestar siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

A mi amado esposo e hijo que son la razón de mi vida y han estado conmigo en los buenos y malos momentos, siendo ellos mi principal motivación para luchar y culminar con este trabajo, que este esfuerzo que hago les sirvan de ejemplo de superación en su vida y piense que nunca es tarde para alcanzar lo que uno desea.

Es por ellos y para ellos el esfuerzo de varios años de estudio y sacrificio. A ellos que los amo con mi vida.

AGRADECIMIENTO

Con especial admiración y agradecimiento:

A la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud que me brindó la oportunidad de ser una miembro más de su institución.

A todos y cada uno de los Docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, especialmente a la escuela de **ENFERMERÍA** quienes desinteresadamente aportaron con sus conocimientos y me guiaron con mucha sabiduría por el camino del saber.

Al Hogar de Ancianos Riobamba, por brindarme las facilidades necesarias para el desarrollo y culminación de este trabajo.

A la MsC. Myriam Parra por haber confiado en mi persona, por la paciencia, por la dirección de este trabajo, por los consejos, el apoyo y las debidas correcciones posibles para la culminación de éste.

ÍNDICE

DERECHOS DE AUTORÍA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I.....	2
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. OBJETIVOS	5
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4. JUSTIFICACIÓN	5
CAPÍTULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	8
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	8
2.2.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOGAR DE ANCIANOS RIOBAMBA	8
2.2.2. EL ADULTO MAYOR	9
2.2.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA EDAD.....	10
2.2.3.1. Aparato Circulatorio	10
2.2.3.2. Aparato genital	10
2.2.3.3. Riñón	11
2.2.3.4. Sistema nervioso.....	11
2.2.3.5. Sistema inmunitario	12

2.2.5.	ENVEJECIMIENTO DEL APARATO GASTROINTESTINAL	13
2.2.6.	ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR	14
2.2.7.	NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	15
2.2.8.	EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR.....	15
2.2.8.1.	PESO Y TALLA EN EL ADULTO MAYOR.....	16
2.2.8.2.	ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL ADULTO MAYOR	16
2.2.8.3.	DESNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR	17
2.2.8.4.	SOBREPESO EN EL ADULTO MAYOR	18
2.2.8.5.	OBESIDAD EN EL ADULTO MAYOR	18
2.2.9.	CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO QUE AFECTAN A LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN.....	18
2.2.9.1.	ALTERACIONES SENSORIALES	20
2.2.9.2.	ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES	21
2.2.9.3.	CAVIDAD BUCAL	21
2.2.10.	FACTORES QUE AFECTAN A LAS NECESIDADES NUTRICIONALES EN EL ADULTO MAYOR.....	22
2.2.10.1.	DIABETES EN EL ADULTO MAYOR	22
2.2.10.2.	HIPERTENSIÓN EN EL ADULTO MAYOR	23
2.2.11.	RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL ADULTO MAYOR.....	24
2.2.12.	PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	26
2.2.13.	ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR.....	27
2.2.14.	HOGAR DE ANCIANOS	27
2.2.15.	DERECHOS DEL ADULTO MAYOR	28
2.2.16.	LEY DEL ADULTO MAYOR	29
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	31
2.4.	HIPÓTESIS Y VARIABLES	34
2.4.1.	HIPÓTESIS	34
2.4.2.	VARIABLES.....	34
2.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	35

CAPÍTULO III	38
3. MARCO METODOLÓGICO	38
3.1. MÉTODO	38
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.2.1. Población	39
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	39
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	40
TABULACIÓN DE LOS DATOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN	40
CAPÍTULO IV	49
COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	49
4.1. CONCLUSIONES	50
4.2. RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	56

RESUMEN

El tema de la presente investigación es: Alimentación y Estado Nutricional en el Adulto Mayor del “Hogar de Ancianos Riobamba”, ya que surge de la necesidad urgente de contar con una información teniendo como objetivo general determinar el tipo de alimentación y estado nutricional de los adultos mayores que se encuentran en dicha institución, tomando en cuenta que la alimentación que se brinda a los adultos mayores en el hogar de ancianos influye en su estado nutricional. En el estudio se aplicó el método científico, utilizando los procesos de inducción para ir de lo particular a lo general y de deducción para ir de lo general a lo particular, de tipo cualitativo – cuantitativo, de diseño descriptivo – explicativo con tipo de estudio correlacional y bibliográfico, con una población de 80 adultos mayores. Una vez concluida la investigación se evidencia que el estado nutricional de adulto mayor se encuentra afectada con un 45% de adultos mayores padecen de desnutrición por no poder alimentarse adecuadamente, el 39% de peso normal, el 9% padecen de obesidad y el 7% tiene sobrepeso. Con el estudio realizado, se pretende contribuir mediante un plan alimentario, dirigido al personal de alimentación a consolidar el cálculo de dietas para el adulto mayor en base a resultados obtenidos en el IMC. Pues el trabajo debidamente procesado y sustentado, se constituye en un aporte teórico-práctico cuyos beneficiarios serán los adultos mayores.

SUMMARY

The topic of the present investigation is: Feeding and Nutritional State in the Adult bigger than the "Home of Old Riobamba", since it arises of the urgent necessity of having an information having as general objective to determine the feeding type and the biggest adults' nutritional state that are in this institution, taking into account that the feeding that you offers to the biggest adults in the home of old men influences in its nutritional state. In the study the scientific method was applied, using the induction process to go of the peculiar to the general thing and of deduction to go from the general thing to the particular thing, of qualitative type - quantitative, of descriptive design - explanatory with type of study correlacional and bibliographical, with a bigger population of 80 adults. Once concluded the investigation is evidenced that bigger adult's nutritional state is affected with 45 bigger% of adults they suffer of malnutrition for not being able to feed appropriately, 39% of normal weight, 9% suffers of obesity and 7% he/she has overweight. With the carried out study, it is sought to contribute by means of an alimentary plan, directed to the feeding personnel to consolidate the calculation of diets for the biggest adult based on results obtained in the IMC. Because the properly processed and sustained work, it is constituted in a theoretical-practical contribution whose beneficiaries will be the biggest adults.

INTRODUCCIÓN

El texto forma parte de un trabajo investigativo titulado “ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE ANCIANOS RIOBAMBA que surgió como parte de la gran preocupación que en los últimos años ha estado presente en nuestro país, en todos los que estamos inmersos en el ámbito de la salud.

En el **Capítulo I** se revisó el planteamiento del problema que se enfocó que en el Hogar de Ancianos Riobamba, la alimentación que recibió el adulto mayor no contiene los principales grupos de alimentos clasificado según la pirámide alimenticia, por lo que el estado nutricional se ve afectado los mismo que están propenso a adquirir problemas nutricionales, como la desnutrición, sobrepeso y obesidad. Según la observación que se realizó la dieta proporcionada por el servicio de alimentación no cumple con una preparación individualizada para cada anciano por patología, por lo tanto es importante proporcionar una dieta saludable, nutritiva y variada que cumplan con los requerimientos indicados para este grupo de edad, mientras que la Dra. Nutricionista manifiesta lo contrario en la entrevista que se le realizó.

En el **Capítulo II** se explicó del marco teórico, posicionamiento teórico personal en la cual esta investigación sustentó lo fundamentalmente planteado como la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor del hogar de ancianos Riobamba, definiendo algunos términos básico, con la hipótesis demostrando que la alimentación en el adulto mayor influye en su estado nutricional, presentado por dos variables una independiente que es la alimentación y otra dependiente que es el estado nutricional.

En el **Capítulo III** se explicó el marco metodológico, teniendo como método científico, tipo cualitativo cuantitativo, diseño descriptivo – explicativo con un tipo de estudio correlacional y bibliográfico teniendo una población de 80 adultos mayores los cuales son: 37 hombres y 43 mujeres y por ser un universo muy pequeño no se obtuvo la muestra.

En el **Capítulo IV** se realizó la tabulación y análisis de resultados, conclusiones donde se planteó algunas recomendaciones para mejorar el estado nutricional de adulto del Hogar de Ancianos Riobamba.

En el **Capítulo V** se propuso un plan de alimentación como propuesta dirigida al personal de alimentación para mejorar el estado nutricional del adulto mayor y poder así proporcionar una calidad de vida saludable como propone la Constitución de la República del Ecuador.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se observó que la salud del adulto ha recibido escasa atención de los sistemas de salud y no es un problema que se haya determinado en ciertos sectores de la población, sino que son dificultades evidenciadas a nivel mundial.¹

Quizás se deba a que los adultos mayores por diferentes factores no tienen un adecuado acceso y consumo de alimentos que conlleven a mejorar su estado nutricional, aspecto que puede considerarse como un factor determinante en el deterioro de su estado de salud, lo que ha contribuido a que se vuelvan vulnerables y delicados en esta etapa y que no gocen de un buen vivir, agudizando su realidad por la escasa atención que se ha mencionado. Este problema que ha causado preocupación a nivel mundial, hace suponer que el bajo acceso a los alimentos les genera hambre y enfermedad.²¹

Es así que a nivel latinoamericano, se podría asegurar que anteriormente había mayor disponibilidad de alimentos por la posibilidad de acceder a ellos, por medio de la agricultura ya que en épocas anteriores diferentes miembros de la familia aportaban su capital de trabajo para contribuir a la disponibilidad de los mismos en el hogar. Hoy, al llegar a la vejez, muchos de ellos se enfrentan al aislamiento de su familia lo que dificulta la adquisición de alimentos, viéndose en la necesidad de trabajar para su manutención o buscar redes de apoyo o programas de complementación alimentaria; sin embargo, su alimentación y estado nutricional es lamentable.²

¹ Moragas R. (2011) Gerontología Social. Cuba 2º edición pág. 54-57.

²¹ www.recomendacionesparaunavejezactiva.com

² Gálvez Montes C. 2012 Cuidados Socio-Sanitarios En El Paciente Geriátrico Formación Alcalá.

Ecuador no es la excepción frente a este problema ya que los adultos mayores ecuatorianos, consumen dietas pobres especialmente en la carencia de proteínas, calcio, zinc, fosfato y vitamina A, en su alimentación diariamente lo que ha incidido en su empobrecimiento intelectual y en enfermedades como la anemia. Además, el 57% de las mujeres y el 40 % de los varones tienen sobrepeso, lo que los hace más susceptibles a la diabetes, hipertensión y problemas cardiovasculares.²²

Los adultos mayores enfrentan condiciones de vida seriamente complejas en lo social económico, psicológico y político por lo que la esperanza de vida es de 67.3 años para hombres y 72.5 años para mujeres. Este enfoque demográfico orientar a reflexionar tanto en las necesidades y demandas en la atención de salud y nutrición, así como en políticas de asistencia y bienestar social que nuestro adulto mayor requiere.²³

Al enfocar el problema a nivel provincial, se observa que son de diversa índole y van desde los factores económicos, como la escasa atención en los centros de salud, así como la falta de Centros Institucionalizados que cuiden de ellos y les proporcionen cuidados de calidad, incluyendo su alimentación que garantice su estado nutricional. Es por ello que, a pesar de la importancia que tiene la alimentación y nutrición en el proceso salud-enfermedad en la tercera edad, una gran proporción de ancianos tienen problemas de mala nutrición como es la desnutrición, sobrepeso u obesidad ocasionando el riesgo de morbi-mortalidad en el anciano de esta provincia.²⁴

En el Hogar de Ancianos Riobamba, la alimentación que recibe el adulto mayor aparentemente posee los principales grupos de alimentos clasificados según la pirámide alimenticia por lo que el estado nutricional se ve afectada los mismos que podrían estar propensos a adquirir problemas nutricionales.

²² www.alimentatecuador.gob.ec

²³ www.inec.gov.ec

²⁴ www.mies.gob.ec

Según lo que se ha percibido la dieta proporcionada por el servicio de alimentación no cumple con una preparación individualizada para cada anciano por patología por lo tanto es importante proporcionar una dieta saludable, nutritiva y variada que cumplan con los requerimientos indicados para este grupo de edad, mientras que la Dra. Nutricionista manifiesta lo contrario.

Se cree que puede existir problemas nutricionales, porque los adultos no se alimentan apropiadamente porque un gran número posee limitaciones para poder alimentarse solos y en general para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. Además el personal existente no siempre puede alimentar a todos por la gran cantidad de adultos con limitaciones. El tipo de dieta que se sirve al adulto mayor es una dieta general, que podría no ser la apropiada para el adulto mayor, por la deficiencia de piezas dentarias el adulto mayor no mastica bien los alimentos y esto puede generar problemas de salud como el dolor abdominal y la diarrea.

Se ha apreciado que la preparación de la comida no cumple con las necesidades del adulto mayor ya que ellos por la edad que tiene pierden sus piezas dentarias y existe una masticación inadecuada, por ende la alimentación que recibe el adulto mayor es una dieta sólida casi dura que ellos no puede masticar. Además existen algunos voluntarios de la ciudad que en días feriados y fines de semana estas personas realizan donaciones de comida a los adultos mayores que no son apropiados para ellos como: gelatina, pasteles, sánduches con mortadela y la mayoría de ellos guardan la comida y después la consumen guardada o dañada es por eso que existen problemas de salud como el dolor abdominal y diarrea.³

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la alimentación en el estado nutricional del adulto mayor del hogar de ancianos Riobamba?

³ IRE Fernanda Chisaguano 2011

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el tipo de alimentación y el estado nutricional de los adultos mayores que se encuentran en el hogar de ancianos Riobamba.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el estado nutricional en el adulto mayor.
- Identificar el tipo de alimentación que recibe el adulto mayor según los grupos alimenticios.
- Evaluar los factores que influyen en la alimentación y en su estilo de vida saludable.
- Elaborar un plan alimentario que permita mejorar el estado nutricional de los adultos mayores del Hogar de Ancianos Riobamba, dirigido al personal de alimentación.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La realización de este trabajo investigativo, surgió de la necesidad urgente de contar con una información real sobre la importancia de la alimentación en los adultos mayores del Hogar de Ancianos Riobamba, como estrategia que permitió garantizar un estado nutricional óptimo y les facilite “el buen vivir como propone la Constitución de la República a este importante sector de la población Ecuatoriana”.⁴

En el ámbito social y cultural, hoy más que nunca se ha cuestionado sobre la atención en la salud del adulto mayor que brindan los hogares de ancianos, tanto del sector público como las instituciones privadas.

⁴Asamblea Nacional Constitución 2008 Ecuador

Se ha vuelto un clamor social que la tarea en esta área no se limite a una atención o mero cuidado, que por caridad se le puede brindar al adulto mayor, sino que como sostiene la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) que insisten, en la importancia de destinar mayores recursos a la caracterización de los problemas derivados de un deficiente acceso a los alimentos en los ancianos, preocupación que es compartida por quienes reconocen que éste es un grupo de alto riesgo de sufrir alteraciones en salud y padecimientos por una inadecuada alimentación.²²

Por otra parte, en Ecuador, la Constitución de la República contempla en su capítulo tercero, derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, Art. 35, que las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en el ámbito tanto público como privado; es decir, atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos.⁴

Además, el Ministerio de Salud conjuntamente con el IESS, reconocen que la alimentación en las etapas que vive el adulto mayor, es fundamental y determina su salud, pero que por no poseer posibilidades económicas, los alimentos de alto valor nutricional son cambiados por otros más baratos y que producen mayor saciedad, por ello es necesario y fundamental que se investigue a cerca de la alimentación más adecuada que garantice un estado nutricional en el adulto mayor, razón por la que se pretende como objetivo del milenio, el buen vivir de todos los Ecuatorianos.^{26,27}

²² www.alimentacion-sana.com OMS

⁴ Asamblea Nacional Constitución 2008 Pág. 35-37

²⁶ www.msp.gob.ec

²⁷ www.iess.gob.ec

Además de lo expresado, se requiere de adultos mayores tengan una calidad de vida, que encuentren un bienestar y armonía en sus vidas y, procurar una alimentación adecuada que permita mejorar su estado nutricional es el objetivo de la presente investigación, concretamente en el hogar de ancianos Riobamba de dicha ciudad.

En lo institucional, a través de este trabajo investigativo, se determinó el estado nutricional del adulto mayor y proponer alternativas de solución que permita al hogar de ancianos Riobamba, brindar un programa de alimentación adecuada sobre la base de cereales, leguminosa, vitaminas y minerales, que contribuyan a reducir la brecha nutricional en que se encuentra este segmento de la población Chimboracense.

Por lo manifestado, la presente investigación se orientó a contribuir con un plan de alimentación, que con su aplicación, permitió mejorar la alimentación de los adultos mayores y con ella se garantizó un óptimo estado nutricional. Con este estudio, se espera dejar un aporte significativo para que los directivos, enfermeras y demás personal que laboran en el hogar de ancianos, tengan un apoyo práctico que permita fortalecer la calidad de vida del adulto mayor para que puedan desenvolverse armónicamente en su vida senil, sobre todo si se les alimenta adecuadamente.

La factibilidad de ejecutar la presente investigación, se sustenta en la facilidad y apertura que brindaron las autoridades, enfermeras, médicos, nutricionista, adultos mayores y familiares del hogar de ancianos Riobamba.

El trabajo debidamente procesado y sustentado, se constituyó con un aporte teórico-práctico, cuyos beneficiarios son los adultos mayores que se les permitió garantizarles una vida saludable. Alcanzó el mérito de original, al aplicar a un universo muy particular por sus características y especificaciones distintas, con la necesidad social de actuar para cambiar su calidad de vida, a través de una explicación entre los hechos que se suscitan en el hogar de ancianos Riobamba.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

Esta investigación se basa en la teoría de **VIRGINIA HENDERSON**, ella fue una enfermera teorizante que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería.

Henderson defiende que la persona es un todo complejo y presenta catorce necesidades fundamentales, de las que se puede hallar una correlación con la jerarquía de necesidades de Maslow, siendo la alimentación una necesidad básica de todo ser humano.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOGAR DE ANCIANOS RIOBAMBA⁶

El hogar de ancianos de Riobamba fue creado en el año de 1942, departamento del antiguo hospital san Juan de Dios funcionó en el local de San Vicente de Paúl (viejo), regentado por las madres Oblatas del que no existe ninguna documentación legal.

Posteriormente se construyó otra edificación en la parte posterior del hospital Policlínico en el año de 1971, el local en donde actualmente funciona, el mismo que se construye en 1972, año en el cual empieza a funcionar, dependencia del ministerio de salud mediante decreto ejecutivo N° 32 del 14 de abril de 1972, duplicado en el registro oficial N° 48 del 25 del mismo mes y año y se encuentra incorporado a la estructura de dicho ministerio.

⁶Información obtenida por el departamento de Trabajo Social del Hogar de Ancianos Riobamba 2012.

En el 2011 el hogar de ancianos y aislamiento Riobamba fue reconocido como, Unidad de Atención y ahora llamado Unidad de Atención Integral y Ambulatorio Geriátrico y Gerontológico Riobamba.

2.2.2. EL ADULTO MAYOR²⁶

Según la OMS las personas de 60 a 74 años se les considera como adultos mayores o ancianos. En esta etapa del adulto mayor el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término adulto mayor en América Latina. Este grupo de edad, ha estado creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de población, debido a la baja en la tasa de natalidad y la mejora de la calidad y esperanza de vida de muchos países.

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios. Incluso hay países desarrollados que otorgan trabajo sin discriminar por la edad y donde prima la experiencia y capacidad.

Las enfermedades asociadas a la vejez (Alzheimer, artrosis, Diabetes, Hipertensión, Cataratas, Osteoporosis etc.) son más recurrentes en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados.

Al adulto mayor se le asocia con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. El aprendizaje se le considera como un proceso siempre activo que se realiza a lo largo de la vida. En este proceso se promueve la actualización de los conocimientos ya alcanzados,

²⁶ www.wikipedia.org Tercera-edad

asociándolos, comparándolos, reflexionando sobre sus creencias y explicarlos frente a los otros.

Así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad, de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, a redescubrir sus capacidades y habilidades, enriqueciendo su autoestima.

2.2.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA EDAD²⁷

2.2.3.1. Aparato Circulatorio

Son muchas las modificaciones en los tejidos y función cardiaca como:

- Atrofia de ventrículo izquierdo.
- Depósitos de grasa en el miocardio
- Rigidez arterial.
- Calcificación arterial y valvular.
- Alteración de la adaptación al esfuerzo.

2.2.3.2. Aparato genital

En la mujer:

Tras la menopausia se produce una disminución severa de la producción de hormonas que determinará los siguientes cambios:

- Pérdida de vello púbico.
- Atrofia de labios mayores.
- Disminución del tamaño de los ovarios, trompas y útero.
- La vagina se hace más corta, menos elástica y lubricada, lo que hace que el coito pueda resultar más doloroso y aumente el riesgo de infecciones.

²⁷www.gerontologiacambiosfisiologicos-calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores

En el hombre:

- Hay menos cambios anatómicos, pero son importantes los cambios fisiológicos
- Disminuye la sensibilidad penénea y el tamaño testicular.
- La erección es más lenta, la eyaculación se retrasa y el volumen de esperma se reduce.
- Hay un aumento de la próstata que puede dificultar el drenaje de orina al exterior.

2.2.3.3. Riñón

- Hay una disminución del número de nefronas y también del flujo sanguíneo, con pérdida importante de la mayor parte de las funciones renales lo que hace que el riñón sea más susceptible y que múltiples situaciones puedan deteriorar gravemente la función renal.
- Dado que muchos de los fármacos se eliminan por esta vía, al no funcionar adecuadamente puede aumentar sus niveles en sangre, así como sus probables efectos tóxicos secundarios.

2.2.3.4. Sistema nervioso

Se producen cambios estructurales y neuroquímicos como:

- Disminución de las circunvoluciones.
- Disminución del tamaño de los ventrículos.
- Disminución de las neuronas.
- Disminución de los neurotransmisores.

Todos estos cambios, se traducen en modificaciones a diferentes niveles:

- Sensitivos

- Motores
- De capacidad intelectual
- De comportamiento

El envejecimiento también afecta a funciones diversas, específicamente cubiertas por el SNC como:

- La percepción
- La memoria reciente
- El sueño
- La coordinación motora
- El control muscular

Aunque no puede hablarse globalmente de una modificación de la personalidad, si parece que durante esta etapa son más frecuentes una serie de rasgos: surgen cualidades nuevas que reflejan signos de maduración, estabilidad emocional, visión más ponderada de las cosas y hegemonía de valores relacionados con el mundo exterior.

2.2.3.5. Sistema inmunitario

Se modifica con la edad provocando una degeneración de TIMO (productores de linfocitos o células defensivas).

2.2.4. CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE ADULTO MAYOR

En el envejecimiento se pierde masa muscular y por tanto se pierde fuerza y capacidad para tener máximas prestaciones físicas. Disminuye el agua corporal en el organismo. En un joven el agua representa aproximadamente el 60% del peso corporal pasando al 50% en los ancianos. Esta pérdida se produce sobre todo por pérdida del agua de dentro de las células. Supone una mayor predisposición a la deshidratación en el anciano.

Mientras que la masa magra disminuye la grasa corporal aumenta redistribuyéndose sobre todo en el tronco. Se pierde también masa ósea lo que favorece la aparición de osteoporosis y fracturas. La osteoporosis es una enfermedad del envejecimiento que predispone a fracturas y se asocia con altos índices de morbilidad y mortalidad. La osteoporosis es el punto final del espectro de pérdida de masa ósea que comienza en la tercera década de vida. El hueso es un espacio cerrado en el que conviven, además de múltiples precursores hematopoyéticos, osteoblastos, osteoclastos y adipocitos.

Los órganos internos disminuyen de tamaño y peso con algunas excepciones como la próstata. Se disminuye el tejido muscular y aumenta el graso, disminuye la actividad física. La tasa metabólica disminuye 2% por década,⁷ 30% consume menos energía de lo recomendado⁸ y existe menor ingesta de nutrientes.

2.2.5. ENVEJECIMIENTO DEL APARATO GASTROINTESTINAL²⁸

El envejecimiento del aparato digestivo implica. Las enfermedades concernientes a los órganos de dicho sistema (boca, tubo digestivo, estómago, intestino delgado, intestino grueso) y a las glándulas anexas (vesícula biliar, hígado, páncreas).

Con el paso de los años los diferentes sistemas se van deteriorando y las funciones que cumplen se aminoran, por ejemplo, en el sistema gastrointestinal se disminuyen las hormonas y enzimas digestivas, lo cual afecta el apetito y la capacidad de absorción y digestión de los alimentos y de los nutrientes. Se produce hipoclorhidria causando gastritis atrófica, incluyendo un mayor pH gástrico e intestinal y un sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado.

Se puede presentar disfagia o dificultad para tragar como resultado de una enfermedad cerebral, enfermedad de Alzheimer u otras demencias, lesión por traumatismo cerebral, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, neumonía recurrente, reflujo o cáncer esofágico, cirugía cerebral o intubación prolongada.

⁷Elmadfa y Meyer 2008 Cuidado Integral Del Adulto Mayor 1º Edición México pág. 45- 50.

⁸Lengyel y Col 2008 Cuidando La Salud Del Adulto Mayor En Casa 1º Edición Chicago pág. 18 -20.

²⁸www.manualgeriatria.com Cambios del Envejecimiento.pdf

En estos casos se puede recomendar una dieta líquida espesa, en la que los alimentos se dan en forma blanda, para evitar que las personas puedan ahogarse al consumir alimentos pequeños y secos que pueden ser tragados con rapidez.

Las personas de la tercera edad pueden sufrir de estreñimiento porque hay disminución de la motilidad gastrointestinal, pérdida del tono muscular, ingesta insuficiente de líquidos, inactividad física y estrés psicológico. Para disminuir este problema se recomienda, aumentar el consumo de líquidos, especialmente agua (3 a 4 vasos al día), si no hay problemas renales o patologías cardiovasculares donde su consumo este contraindicado, e incrementar el suministro de alimentos que contengan fibra insoluble (celulosa, hemicelulosa y lignina), esta causa mayor retención de agua, ayuda a aumentar la masa fecal y a disminuir el tiempo de tránsito intestinal, facilitando las evacuaciones.

Es importante evitar el consumo excesivo de fibra insoluble, porque puede disminuir la absorción de algunos minerales como el calcio y el zinc, los cuales pueden ser deficientes en la alimentación habitual de algunos ancianos.

2.2.6. ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR



La alimentación del adulto mayor es algo más que la ingestión de alimentos, será un vehículo para nutrirle, mantenerle bien tanto física como psíquicamente y también para proporcionarle placer y distracción. La alimentación de los adultos mayores es un factor importante para conservar la salud. Debe ser equilibrada, variada y culturalmente aceptada.²⁹

²⁹www.saluddealtura.com/nutrición-familia/nutrición/alimentación-adulto-mayor

2.2.7. NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La nutrición en el anciano, habremos de señalar en primer término como el aspecto de más importancia, la inadecuada alimentación que predomina en este grupo de la población, por todos los factores bio-psico-sociales que le acompañan y que empezando por señalar la pérdida de la dentadura, los trastornos de la digestión, los del tránsito intestinal como el estreñimiento, hasta las gastritis medicamentosas que limitan indudablemente una adecuada digestión, o bien la influencia de otros males somáticos como el dolor y los psicossomáticos que producen anorexia como la depresión.

Con la limitada o nula convivencia pierden el deseo de preparar alimentos que alarguen el gusto por comer haciendo dietas monótonas y de mala calidad; por último cabe señalar otro factor que es determinante para alcanzar el adecuado equilibrio en la nutrición, que es la actividad física y mental del individuo anciano, donde generalmente predomina en la realidad una gran inactividad.

También diversos estudios experimentales relacionan:

- Las dietas con restricción calórica con una mayor esperanza de vida y longevidad. La restricción calórica puede revertir, en parte, los cambios fisiológicos que acompañan envejecimiento y mejora las enfermedades relacionadas con la edad.
- El efecto de las dietas con restricción calórica y el aumento de la longevidad, con disminución de la glucosilación, el daño oxidativo y las alteraciones en la expresión de genes específicos.
- Las dietas con exceso de aporte de grasas con una disminución de la longevidad

2.2.8. EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

La evaluación del estado nutricional del adulto mayor resulta importante como criterio de prevención y pronóstico de enfermedades relacionadas con la vejez.

Existen numerosas dificultades específicas para evaluar correctamente el estado nutricional en las personas ancianas. En primer lugar, las determinaciones antropométricas pueden verse afectadas por las frecuentes alteraciones del estado hídrico.

En segundo lugar, los marcadores bioquímicos resultan con frecuencia difíciles de interpretar en esta población, sobre todo en presencia de procesos inflamatorios crónicos. Finalmente, la necesidad de parámetros de referencia específicos no siempre disponibles dificulta esta evaluación y contribuye a explicar la variabilidad.⁹

2.2.8.1. PESO Y TALLA EN EL ADULTO MAYOR

El peso y la talla son las mediciones más utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global en el adulto mayor.

El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir la composición corporal. En cambio, 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 adulto de edad avanzada.¹⁰

2.2.8.2. ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL ADULTO MAYOR¹¹

El índice de masa corporal (relación entre estatura y peso) de un adulto mayor puede alterarse porque la persona tiende, normalmente, a decrecer y a ir perdiendo músculo y en muchos casos, sustituyéndolo por grasa. Cuando pesamos a una persona mayor o vemos su índice de masa corporal, no vamos a lograr saber cuánto de su peso es músculo, agua o grasa. El aumento de peso en esta edad se nota en el vientre, muchas son las razones que explican el alza de peso en estas edades.

⁹Robbins LJ 2009 Evaluación de la pérdida de peso en los ancianos 1º Edición Chile pág. 59-62.

¹⁰Albala C, Bunout D y Carrasco F. 2008 Evaluación del Estado Nutricional en el Anciano. Publicado por el Ministerio de Salud de Chile, pág. 37-52; 2007.

¹¹Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2009 Tratado de Geriatria para Residentes 2º Edición España pág. 18-26.

Por un lado, los factores hormonales juegan un rol en el aumento del peso. Con la edad, la hormona leptina –encargada de absorber la grasa– va perdiendo su eficacia.

El índice de masa corporal (**IMC o BMI**) se obtiene mediante esta fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$$

2.2.8.3. DESNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La desnutrición energético-proteínica es el resultado de un inadecuado aporte de proteínas, de combustibles energéticos o de ambos. El origen de la desnutrición energético-proteínica puede ser primario cuando es el resultado de un consumo inadecuado de alimentos o secundario a alguna enfermedad que implique una disminución en el consumo de alimentos, una inadecuada absorción o utilización de los nutrimentos, o bien un aumento en los requerimientos de éstos o un incremento en su pérdida.¹²

Aunque la desnutrición es más común en los países en vías de desarrollo y en los niños menores de cinco años, hay situaciones en las que la población adulta se ve afectada.

Entre éstas destacan:

- Las hambrunas, que involucran a toda la población de un lugar en específico.
- El alcoholismo y la drogadicción
- Las enfermedades que afectan el consumo de alimentos, o bien la absorción, utilización y excreción de nutrimentos.
- Los padecimientos que condicionan el ingreso a una unidad hospitalaria. En este caso, la desnutrición puede ser producto de la anorexia inducida por la enfermedad o por el estrés catabólico debido a los procedimientos quirúrgicos o a situaciones postraumáticas (que tienen como resultado un aumento en el gasto metabólico y en la utilización de proteínas, un balance negativo de

¹² Ballesteros Pérez, Esperanza y García2004 Enfermería Geriátrica 2º Edición Chile pág. 48, 57.

nitrógeno y alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono), infecciones nosocomiales.

2.2.8.4. SOBREPESO EN EL ADULTO MAYOR ³⁰

El sobrepeso es el primer paso para desarrollar obesidad y entre mayor sea el exceso de peso, mayor es el riesgo de padecer diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades con graves complicaciones.

Lo definimos como un exceso de peso para la talla, y que puede deberse en algunos casos un incremento de masa muscular mientras que en la obesidad es un aumento de masa o tejido graso

2.2.8.5. OBESIDAD EN EL ADULTO MAYOR ³¹

Podemos definirla como una enfermedad caracterizada por un excesivo aumento de los depósitos de grasas en el organismo que provoca un deterioro en la calidad de vida y un riesgo potencial para la salud del individuo. De esta manera la obesidad se relaciona más con la cantidad del tejido graso que con su peso.

En la obesidad los ancianos tienen problemas, característica que los hace más vulnerables a padecer enfermedades cardiovasculares (como infartos y derrames cerebrales), así como cáncer y pérdida de la memoria.

2.2.9. CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO QUE AFECTAN A LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN

El envejecer es un fenómeno asincrónico influenciado por factores internos y externos, con considerables diferencias entre unos y otros individuos.

La apetencia y la capacidad para la alimentación y en consecuencia a la nutrición de la persona de edad avanzada, nutrición que a su vez también puede estar afectada por el hecho de envejecer.

³⁰ www.adultosplenos.com sobrepeso y obesidad adulto mayor

³¹ www.monografias.com obesidad en el anciano.

En mayor o menor grado, todos los sistemas y órganos pueden sufrir modificaciones estructurales o funcionales en el envejecimiento, bien sea como consecuencia del mismo proceso o por la mayor incidencia de patologías; en la práctica y aunque envejecer no es lo mismo que enfermar.

Tabla 1. Envejecimiento Orgánico por Sistema

Aparato / Sistema	Función en el proceso Alimentación / Nutrición	Posibles alteraciones en el envejecimiento
Órganos de los sentidos.	Vista y olfato: estímulo de las secreciones gástricas en la fase previa. Vista, olfato y gusto: estímulo de la apetencia.	Deterioro en la sensibilidad.
Aparato digestivo	Acción mecánica y química sobre los alimentos. Prepararlos nutrientes para su absorción. Eliminación de los desechos.	Alteraciones en la estructura. Pérdidas en la funcionalidad.
Sistema circulatorio.	Distribución de nutrientes. Recolección y transporte de los desechos metabólicos a los sistemas de excreción.	Disminución capacidad funcional cardiovascular.
Sistema respiratorio.	Facilita el oxígeno necesario para la oxidación celular y obtención de energía.	Disminución de la capacidad funcional.
Sistema endocrino.	Regula los procesos metabólicos de utilización de nutrientes.	Desequilibrio anabolismo /catabolismo. Disminución tolerancia glucosa. Disminución de las proteínas. Disminución capacidad utilización lípidos.
Sistema excretor.	Eliminación de los desechos metabólicos.	Disfunción subclínica. Capacidad del riñón disminuida para diluir y concentrar orina y regular el equilibrio electrolítico y hídrico.

Sistema inmune.	Defensa de las agresiones internas y externas.	Disminución funcional a nivel celular y hormonal.
Sistema nervioso	Regulación de los distintos Sistemas	Disminución velocidad conducción nerviosa. Cambios en síntesis neuroreceptores y su recepción. Disfunción regulación autonómica.

2.2.9.1. ALTERACIONES SENSORIALES

En la edad avanzada la parte sensorial se ve afecta en todos los sentidos y principalmente a la audición y a la agudeza y procesamiento visual.

Es importante recordar el papel básico de los sentidos de la vista, el olfato y el gusto para el estímulo de la apetencia, el estímulo de la digestión de los alimentos y la consecución del placer en el acto de comer.

Las pérdidas de capacidad sensitiva pueden tener una incidencia importante en la percepción cognitiva y en la malnutrición de las personas de edad avanzada, por eso es importante tener en cuenta ciertas deficiencias:

El déficit de vitamina A se asocia con alteraciones en la visión.

- La luteína es un carotinoide y parece actuar como factor de protección frente a la degeneración macular, frecuente en la edad avanzada.
- La ingesta durante periodos de tiempo prolongados de suplementos de vitaminas C, E, se ha relacionado con una menor opacidad del cristalino.
- El zinc merece especial atención en las personas de edad avanzada por la implicación de este mineral en el mantenimiento del sentido del gusto, alteraciones del gusto se han relacionado con el déficit de vitamina A y E, así como con algunos minerales como el cobre y el níquel.

- La sequedad de boca por déficit de ingesta de agua u otras causas, puede provocar alteraciones gustativas. Se produce a nivel del gusto una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados.

2.2.9.2. ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Las deficiencias en rango de movimiento son consecuencia de alteraciones estructurales en el sistema osteomuscular, incluyen tanto al esqueleto óseo como los elementos estabilizadores articulares. En la estructura ósea, se evidencia una pérdida de la masa del hueso por un desequilibrio en la absorción y reabsorción del calcio conocida como osteopenia, hasta llegar a compromisos más importantes como la osteoporosis secundaria a la inmovilización. El envejecimiento del cartílago articular. (Osteoartritis). A nivel de los estabilizadores articulares la pérdida de fibras colágenas y elásticas, modifica las propiedades mecánicas, visco elasticidad y anisotropía, disminuyendo la capacidad estructural de soportar cargas.¹³

La marcha se torna insegura y lenta además que pierde el equilibrio con facilidad debido a supresión de estimulación kinestésica, disminución de umbrales de excitación y recepción de estímulos que lleva a alteraciones preceptuales somáticas que alteran procesos de retroalimentación motora.¹⁴

2.2.9.3. CAVIDAD BUCAL



Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación. Hay una

¹³Ruiz L. Tollonosa P. 2004 Fisiología del envejecimiento muscular. 1º Edición Venezuela

¹⁴Cervera Díaz C 2006 Geriátrica Clínica. 2º Edición Madrid pág. 28

disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales.

Tabla 2. Esquema de las posibles alteraciones de la cavidad bucal que pueden afectar a la alimentación - nutrición.

Piezas dentales: disminución del esmalte, disminución en la vascularización de la pulpa y retracción gingival (mayor fragilidad de la integridad del diente, de la inserción en los alvéolos maxilares, riesgo de caries y de infecciones).
Mucosa oral: atrofia y pérdida de elasticidad.
Tejido óseo maxilar: adelgazamiento y atrofia.
Disminución de la secreción de saliva: sensación de sequedad de boca, que puede dificultar la sensación gustativa, la masticación y la deglución (posible rechazo de alimentos cárnicos y de textura astillosa o dura).
Alteración de la composición de la saliva: disminución de mucina (saliva más espesa). Disminución de ptialina (posible déficit en la digestión bucal del almidón y glucógeno). Reducción de la capacidad tampón que favorece el crecimiento de microorganismos.
Sistema neuromuscular: disminución de la actividad y de la coordinación; flacidez maxilar y protrusión de la mandíbula.

2.2.10. FACTORES QUE AFECTAN A LAS NECESIDADES NUTRICIONALES EN EL ADULTO MAYOR.

2.2.10.1. DIABETES EN EL ADULTO MAYOR³²

La diabetes en el anciano es un problema de gran trascendencia sanitaria y elevada prevalencia: que presenta dificultades para el diagnóstico, tratamiento y la frecuente presencia de complicaciones.

³²www.saludalia.com diabetes; Manual de Cambios del Envejecimiento MSP 2010.

La diabetes en el adulto mayor en general es muy poco sintomática, debido en gran parte a la elevación del umbral renal para la glucosa que hace que hiperglucemias moderadas no se acompañen de glucosuria lo que explica la falta de poliuria y polidipsia. Es por esta razón que en la mayoría de los casos el diagnóstico se hace a través de exámenes de laboratorio de rutina o complicaciones de la diabetes.

La diabetes puede causar enfermedades cardíacas, ACV (derrames cerebrales), ceguera, Insuficiencia renal, complicaciones durante el embarazo, amputaciones de las extremidades inferiores así como fallecimiento relacionados con la gripe y neumonía.

2.2.10.2. HIPERTENSIÓN EN EL ADULTO MAYOR¹⁵

La hipertensión arterial (HTA) es un problema frecuente en el anciano, que llega a alcanzar una prevalencia de hasta el 60 al 80% en esta población.¹⁶

Los estudios realizados en los últimos años, han demostrado categóricamente los beneficios de la terapia antihipertensiva en éstos pacientes, tanto en la hipertensión arterial esencial así como su hipertensión sistólica aislada, la cual no debe considerarse como una manifestación normal del envejecimiento.

También hay consenso en que debería ser cauteloso en el manejo del anciano hipertenso, proceder a su evaluación inicial completa a fin de detectar otros factores de riesgos y, si es necesario, el monitoreo ambulatorio de la presión y finalmente el ensayo del tratamiento no farmacológico antes de prescribir droga alguna.

➤ Clasificación de la hipertensión en el anciano

Debe considerarse que la clasificación de la hipertensión arterial en el anciano es similar a la aplicada a las poblaciones más jóvenes¹⁷:

¹⁵ Acarin C. 2006 Anciano y medicamentos. 2º Edición Panamá pág. 38 – 40.

¹⁶ García F. 2005 Tratamiento de la hipertensión en el anciano. 1º Edición Canadá pág. 25 – 28

¹⁷ Saiz N. 2011 Atención de Enfermería en el Anciano Pluripatológico. 2º Edición Chile pág. 114

Presión arterial optima	< 120/80 mmHg
Presión arterial normal	120-129/ 80-84 mmHg
Presión arterial alta	130-139 / 85-89 mmHg
HTA ligera	140-159 / 90-99 mmHg
HTA moderada	160-179 / 100-109 mmHg
HTA severa	>180 / 110 mmHg

2.2.11. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL ADULTO MAYOR

Las personas mayores deben prestar especial atención a su alimentación, pues los problemas nutricionales son frecuentes y sus repercusiones mucho más graves que en otras etapas de la vida. Las Recomendaciones dietéticas para preparar una dieta saludable se resumen a continuación:

- Disfrutar con la comida y comer en compañía.
- Repartir los alimentos en 3-5 comidas diarias, haciendo más de una comida caliente al día.
- Consumir una dieta variada con alta densidad de nutrientes, incluyendo especialmente alimentos de origen vegetal (cereales, frutas, verduras, leguminosas) por su aporte de hidratos de carbono, fibra, minerales, vitaminas y una plétora de otros componentes no nutritivos que parecen tener un efecto protector en muchas enfermedades crónicas.
- Fomentar la moderación para mantener el peso estable y dentro de los límites aconsejados, equilibrando la ingesta de energía con lo que se gasta mediante la realización diaria de ejercicio físico.
- Evitar tanto el bajo peso como la obesidad. Un ligero sobrepeso puede ser un factor de protección en los ancianos, al contrario de lo que ocurre en jóvenes, como lo han puesto de manifiesto diversos estudios.

La pérdida involuntaria de peso debe ser una señal de alarma.

- Realizar diariamente algún tipo de actividad física para aumentar las necesidades de energía y el consumo de alimentos. Además, previene la obesidad, mantiene la masa ósea, la independencia y la movilidad, reduce el riesgo de caídas y favorece la exposición al sol, contribuyendo a un adecuado status en vitamina D.
- Preservar el compartimento proteico para evitar una mayor pérdida de masa muscular. Las proteínas tienen que ser de alto valor biológico, de alta calidad.
- Cuidar el aporte de calcio. No conviene suprimir los lácteos de la dieta pues son los principales suministradores de calcio, con la alternativa de poder usar los desnatados para aquellas personas que tengan que cuidar la ingesta de grasa. En las personas con intolerancia a la lactosa que tengan molestias tras la ingestión de leche, se recomienda el consumo de yogur y leches fermentadas.

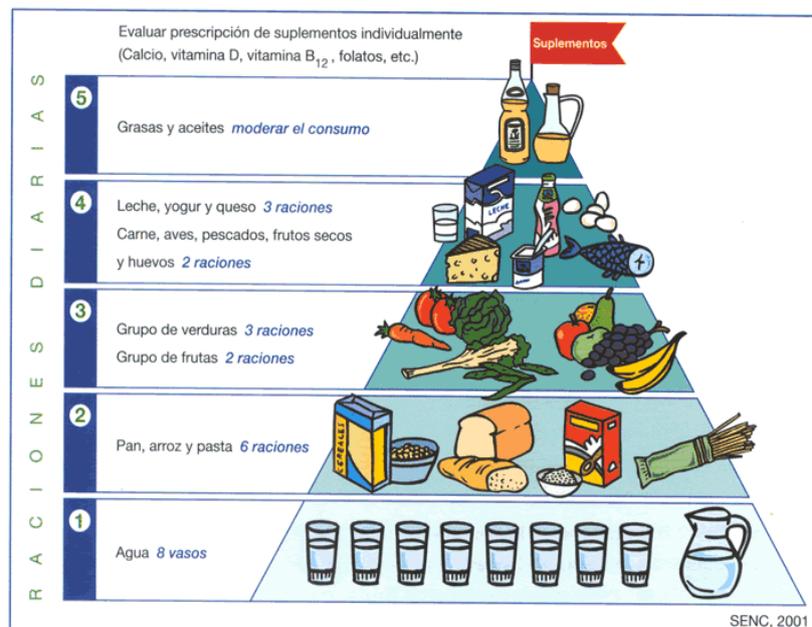
El consumo de lácteos en este grupo de edad tiene numerosas ventajas:

- Alto aporte de proteína, Ca, B2 y retinol.
- Contienen cantidades apreciables de B1, fólico, niacina, B12, D, Mg, Zn y P.
- Previenen la desmineralización ósea.
- Fácil masticación, en general.
- Algunos tienen un alto contenido de agua (80%).
- La leche descremada es uno de los alimentos con mayor densidad de nutrientes.
- Moderar el consumo de sal y de alimentos salados, si existen otros factores de riesgo, a menos de 2400 mg de sodio al día (menos de 6 g de sal). La sal es esencial para la vida pero los productos frescos contienen la cantidad necesaria.
- Vigilar la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación.
- Tomar unos dos litros al día. Los ancianos deben saber que tienen que beber agua a intervalos regulares aunque no tengan sed.

- Deben colocar a la vista la cantidad de agua que tienen que tomar diariamente.
- Cuidar la dentadura y la higiene bucal para poder masticar bien y no tener que suprimir ningún alimento.

2.2.12. PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



Como bien sabemos, las pirámides alimenticias son una de los mecanismos preferidos por las instituciones públicas con intereses en el campo de la salud para hacer llegar las recomendaciones nutricionales a las poblaciones.

Al ser distintos los requerimientos nutricionales en cada persona en función de multitud de factores, existen diferentes pirámides nutricionales para cada colectivo que puede presentar necesidades comunes. Uno de estos colectivos es el de las personas de edad avanzada, alrededor y por encima de los 70 años, que es uno de los grupos de población como mayor prevalencia de desnutriciones.

Las causas son múltiples pero es, en cualquier caso, fundamental que estas personas consuman dietas equilibradas con una amplia variedad de alimentos que incluyan cereales integrales, verduras y hortalizas, leguminosas, frutas, carne, pescado y lácteos y una cantidad adecuada de agua, que suele ser uno de los puntos más débiles, al debilitarse con edad la sensación de sed.

2.2.13. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

La actividad física es esencial para la salud de las personas ancianas. Lo importante es realizar un chequeo médico previo, aumentar el ritmo lentamente y tener continuidad. La natación, caminatas y la bicicleta serían muy beneficiosas para muchas personas mayores.³³

El ejercicio habitual puede ayudar emocionalmente a los ancianos de salud delicada sin causarles dolor. Estos resultados se suman a la evidencia de que la actividad puede ofrecer beneficios más allá del bienestar físico.

Muchos ancianos, especialmente aquellos que padecen de artritis u otras dolencias, son reacios a hacer ejercicio porque piensan que les ocasionará dolor o molestias.

Aunque la actividad frecuente refuerza de forma clara la sensación de bienestar físico, está mucho menos claro lo que esa actividad puede lograr en relación a los parámetros de calidad de vida.¹⁸

2.2.14. HOGAR DE ANCIANOS

Es el lugar donde viven y que está estrechamente relacionado con una sensación de seguridad, confort, pertenencia y calma

Un hogar para ancianos y convalecientes es un lugar para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales. La mayoría de estos centros cuentan con personal de enfermería capacitada disponible las 24 horas del día.

³³www.geosalud.com/adultos_mayores/ejercicio.htm

¹⁸Barrio L.2004.Mayores en movimiento. 3º Edición Cali Pág. 20-21.

El personal presta cuidados médicos, así como fisioterapia y terapia del habla y ocupacional. Puede haber un puesto de enfermería en cada piso.³⁴

2.2.15. DERECHOS DEL ADULTO MAYOR³⁵

El Adulto mayor es la persona que dio todo de sí durante su vida. Una sociedad se fundamenta en las experiencias alcanzadas por aquellas personas que ahora poco a poco su vida se va extinguiendo. Todos debemos concientizar que ellos ahora más que nunca requieren y tienen derechos muy bien ganados de ser protegidos, desterremos toda consideración de que son bultos y lavamos nuestras manos llevándoles a asilos, nuestro mejor tributo a sus constantes sacrificios y desvelos es hacer lo más agradable en sus últimos días, acompañarlos siempre y darles incondicional amor, paciencia inagotable, comprensión y alegría infinitas.

El adulto mayor tiene derecho:^{36,37}

- El anciano gozará de una protección especial de oportunidades y servicios
- El anciano debe gozar de los beneficios de la seguridad social.
- El anciano física o mentalmente impedido, o que sufra algún impedimento social debe recibir tratamiento y cuidados especiales que requiere un caso particular.
- El anciano debe figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.
- El anciano debe sé protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación.
- El anciano debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación de cualquier índole.

³⁴ www.hogardeancianosquito.com

³⁵ www.derechoecuador.com

³⁶ www.msp.gob.ec/Adulto-Mayor/datos-generales.

³⁷ www.portalecuador.ec

2.2.16. LEY DEL ADULTO MAYOR³⁸

Esta investigación se ampara en la Constitución de la República y demás leyes que ampara y protegen al adulto mayor.

La Constitución en su Sección primera, Capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria Adultas y adultos mayores dice:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: La atención gratuita y especializada de salud y acceso gratuito a medicinas, trabajo remunerado, jubilación universal, rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos, exenciones en el régimen tributario, exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley y acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, en particular, el Estado tomará medidas de:

³⁸ www.asambleanacional.gov.ec/documentos/Constitucion-2008.pdf

- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
- Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ADULTO MAYOR: Grupo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad.

ANTROPOGÉNICO: De origen humano o derivado de la actividad del hombre.

ANTIDIURÉTICO: Sustancia que disminuye la cantidad de orina
antídoto: contraveneno

ADIPOCITOS: Las células adiposas o adipocitos son las células que forman el tejido adiposo.

APETENCIA: Movimiento instintivo del hombre a desear una cosa.

BRONCODILATADORES: Sustancias o fármacos que dilatan el árbol bronquial.

CÁNCER: El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales.

CONCIENTIZAR: Todo aquello acto que signifique hacer que una persona tome conciencia sobre determinadas circunstancias, fenómenos, elementos de su personalidad o actitud, para mejorar su calidad de vida y sus vínculos no sólo con el resto de los individuos si no también con el medio ambiente que lo rodea.

COLECTIVO: Algo relacionado con un grupo de individuos

DERECHO: El Derecho es el orden normativo e institucional de la conducta humana en sociedad inspirado en postulados de justicia.

DIABETES: La diabetes mellitus es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo, caracterizada por un aumento de la cantidad de glucosa en la sangre y por la aparición de complicaciones microvasculares y cardiovasculares (que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos (riñones, ojos, corazón, nervios periféricos) y la mortalidad asociada con la enfermedad y reduce la calidad de vida de las personas

DESNUTRICIÓN: El término desnutrición hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes.

DESHIDRATACIÓN: La deshidratación es la pérdida excesiva de agua y sales minerales de un cuerpo. Puede producirse por estar en una situación de mucho calor (sobre todo si hay mucha humedad), ejercicio intenso, falta de bebida o una combinación de estos factores.

ESCLEROSIS: Esclerosis es el endurecimiento patológico que sufre un tejido o un órgano. Dicho endurecimiento tiene lugar por el aumento incontrolado de los tejidos conjuntivos que se produce a partir de una enfermedad.

GERIATRÍA: Parte de la medicina que estudia la vejez y sus trastornos: los avances en geriatría son muy necesarios debido al aumento de la esperanza de vida de la población.

GERONTOLOGÍA: f. Ciencia que estudia la vejez y los fenómenos que la caracterizan.

HIPERTENSIÓN: Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

JUBILACIÓN: Jubilación es el nombre que recibe el acto administrativo por el que un trabajador en activo, ya sea por cuenta propia o ajena. Edad a partir de la cual se le permite abandonar la vida laboral y obtener una retribución por el resto de su vida.

MULTICAUSALIDAD: Es tener varias alternativas en la relación entre una causa y su efecto.

MASA FECAL: Es una gran masa de heces duras y secas que permanece atascada en el recto y casi siempre se ve en pacientes con estreñimiento prolongado.

OSTEOBLASTOS: Son células del hueso, sintetizadoras de la matriz ósea, por lo que están involucradas en el desarrollo y el crecimiento de los huesos. El desarrollo de los osteoblastos se ve influenciado por distintos factores que estimulan su formación como la hormona paratiroidea y la vitamina D. Se encargan del mantenimiento, el crecimiento y la reparación del hueso.

POLIPNEA: Respiración rápida y superficial.

PROTEÍNAS: Las proteínas son biomoléculas formadas por cadenas lineales de aminoácidos.

PLÉTORA: Se llama plétora a la plenitud de sangre o al estado resultante de la cantidad de glóbulos rojos sobre su cifra normal.

REMUNERACIÓN: Se entiende por remuneración las contraprestaciones en dinero y las adicionales en especies evaluables en dinero que percibe el trabajador del empleador por causa del Contrato de Trabajo.

SINTETIZADOR: adj. Que sintetiza: recopilación sintetizadora.

ULCERAS POR PRESIÓN: Es cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.

VULNERABILIDAD: Es la cualidad de vulnerable (que es susceptible de ser lastimado o herido ya sea física o moralmente).

DESNUTRICIÓN: La desnutrición es una enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipoproteica.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

La alimentación que se brinda a los adultos mayores del hogar de ancianos Riobamba influye en su estado nutricional.

2.4.2. VARIABLES

Independiente

Alimentación

Dependiente

Estado nutricional

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICAS / INSTRUMENTOS
INDEPENDIENTE ALIMENTACIÓN	Alimentación es la ingestión de alimentos que pertenecen a los diferentes grupos de la pirámide alimenticia, fundamentalmente para conseguir una vida saludable.	Ingestión de Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Proteínas • Carbohidratos • Grasas • Frutas • Verduras 	<ul style="list-style-type: none"> • Numérica: 2 a 3 P. diarias • Continua: 1 P = 7gr. • Numérica: 4 a 7 P. diarias • Continua: 1 P = 15 gr. de carbohidratos • Numérica: 6 Cucharadas diarias • Continua: 5 P = 7 gr. • Numérica: 2 a 3 P. diarias • Continua: 1 P = 15 gr. De carbohidratos • Numérica: 2 Platos de Verduras Crudas o Cocinadas • Continua: 1 P = 5gr.de carbohidratos 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación directa. • Guía de observación

		Vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Azúcar • Lácteos <p>Estado de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • Capacidad en la alimentación • Actividad física <p>Presencia de enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Úlceras por Presión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Numérica: 3 a 4 cucharadas diarias • Continua: 1 P = 23gr. de carbohidratos. • Numérica: 2 a 3 P diarias. • Continua: 1 P = 16gr.de proteínas; 16 gr. de grasa; 24 de carbohidratos. <ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Malo • Muy malo 	
--	--	----------------	--	---	--

			Problemas gastrointestinales <ul style="list-style-type: none"> • Diarreas • Dolor abdominal Enfermedades Crónico Degenerativas <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Diabetes 		
DEPENDIENTE ESTADO NUTRICIONAL	Circunstancia que presenten los adultos mayores, con dos mediciones peso y talla de acuerdo a su escala de IMC (obesidad, sobrepeso, normal y desnutrición).	Obesidad Sobrepeso Normal Desnutrición	IMC	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad: > 30 • Sobrepeso: 28 - 29,9 • Normal: 23-28 • Desnutrición:<23 	Balanza Tallímetro

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

En la investigación se utilizó el método científico, pues se utilizó los procesos de inducción, de lo particular a lo general y de deducción, de lo general a lo particular. El análisis estuvo presente en todo el desarrollo investigativo y la síntesis, para establecer las conclusiones basadas en los resultados.

TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo.- porque se utilizó referentes numéricos que fueron procesados con apoyo de la estadística descriptiva para emitir conclusiones y recomendaciones.

Cualitativo.- porque se estudiaron las características de la alimentación del adulto mayor en el hogar de ancianos Riobamba.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo – Explicativo.- porque permitió describir y explicar la situación actual referente al estado nutricional de adulto mayor, a través de la guía de observación.

TIPO DE ESTUDIO

Correlacional.- porque permitió medir la intensidad de la relación entre la alimentación y el estado nutricional de adulto mayor según el IMC ubicando al adulto mayor en, desnutrición, peso normal, sobrepeso, obesidad.

Bibliográfico.- porque permitió recoger información a través de la historia clínica del adulto mayor para sustentar los resultados obtenidos según la guía de observación.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población involucrada para esta investigación, estuvo constituida por 80 adultos mayores de los cuales 43 son mujeres y 37 son hombres. Por ser un universo muy pequeño, no se obtuvo muestra.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos sobre el objeto de estudio se utilizaron las siguientes técnicas con sus respectivos instrumentos:

- **Técnicas:** Observación directa.
- **Instrumentos:** Guía de observación y medición antropométrica.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con la información obtenida a través de la guía de observación y los datos integrados en una tabla de frecuencias y objetivizados gráficamente a través de pasteles y barra, se realizó el análisis e interpretación de los datos en forma cuantitativa de acuerdo a los porcentajes obtenidos en cada indicador que dio sustento al análisis cualitativo que permitió estructurar recomendaciones y conclusiones en referencia al objeto estudiado.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABULACIÓN DE LOS DATOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

EDAD

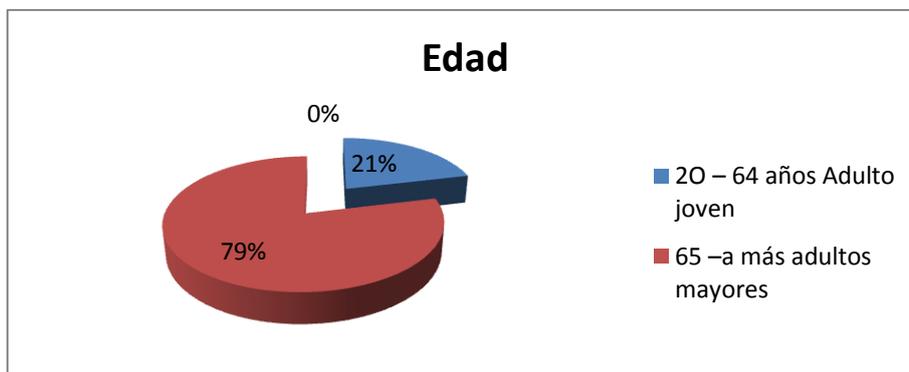
CUADRO N° 1

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 – 64 años Adulto joven	17	21%
65 –a más adultos mayores	63	79%
TOTAL	80	100%

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 1



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De los datos analizados se obtiene los siguientes resultados, el 79% (63n) de ellos son adultos mayores, por tener una edad de 65 años y más, mientras que el 21% (17 n) oscila entre las edades de 54 a 64 años. Este último grupo de edad se encuentra en el hogar de ancianos porque son minusválidos, discapacitados y personas indigentes que no tiene un lugar en donde vivir.

SEXO

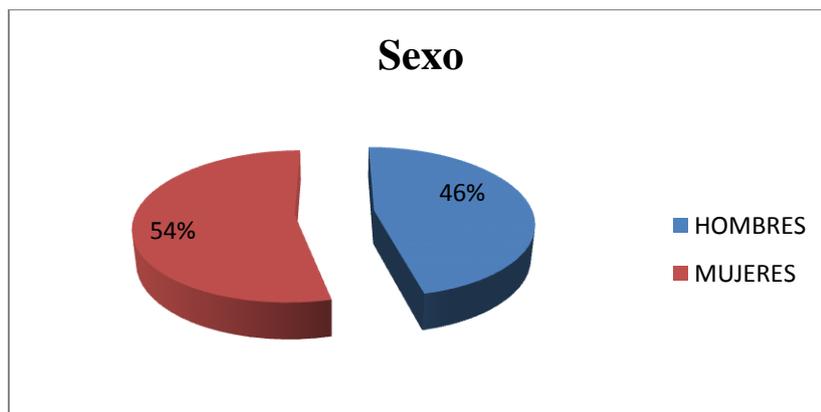
CUADRO N° 2

CATEGORÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
HOMBRES	37	46%
MUJERES	43	54%
TOTAL	80	100%

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 2



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De los 80 de los adultos mayores que viven en el Hogar de ancianos Riobamba corresponde a 43 mujeres y 37 son hombres.

Determinando que según las estadísticas en países desarrollados y subdesarrollados, son los hombres quienes se albergan en los hogares de ancianos, con mayor frecuencia, ya que algunos son abandonados por sus familias, comienzan a vagar por las calles donde son recogidos por la policía y llevados a instituciones geriátricas. Es por eso que ellos son quienes requieren más de una institución especializada para el cuidado en esta etapa de la vida.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

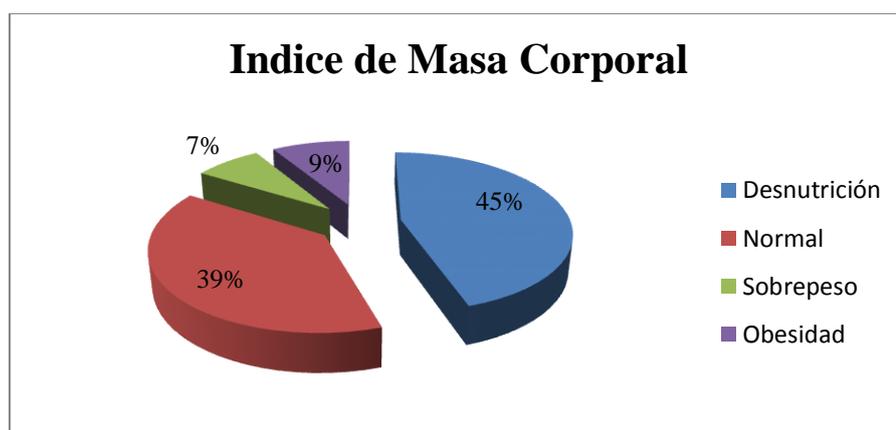
CUADRO N° 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desnutrición	36	45%
Normal	31	39%
Sobrepeso	6	7%
Obesidad	7	9%
TOTAL	80	100%

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 3



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De la muestra estudiada en lo que se refiere al índice de masa corporal, el 45% (36n) de ellos tienen desnutrición, porque la alimentación proporcionada no es consumida adecuadamente por lo tanto el anciano derrama la comida por poseer limitaciones físicas en sus miembros superiores, el 39% (31n) de ancianos tienen un índice de masa corporal normal, en ellos no existe ningún problema nutricional y no dependen en la alimentación, el 9% (7n) de ellos padecen de obesidad y el 7% (6n) presenta sobrepeso a causa de que algunos de los adultos mayores, se quitan o roban la comida de otros pacientes.

Con estos resultados se evidencia que el IMC del adulto mayor, se encuentra afectado determinando que existe mayor incidencia de desnutrición y problema de mal nutrición.

OBSERVACIÓN DE LA MOVILIDAD

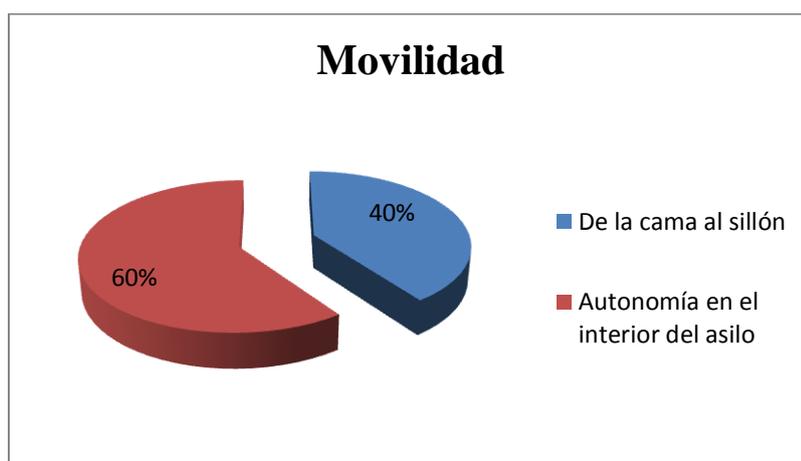
CUADRO N°4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De la cama al sillón	32	40%
Autonomía en el interior del hogar	48	60%
TOTAL	80	100%

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 4



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De los resultados de la guía de observación en la movilidad del adulto mayor, el 60% (48n) tiene una movilidad autónoma dentro del hogar y no dependen de nadie, por tanto pueden realizar sus actividades de la vida diaria mientras que, el 40% (32n) tiene movilidad de la cama al sillón, a causa de presentar problemas de articulación en miembros inferiores, por lo tanto necesitan ayuda para moverse y evitar que presente problemas de salud como: úlceras por presión o dolor abdominal.

Se determina que más de la mitad, pueden tener movilidad a su voluntad dentro del Hogar de Ancianos Riobamba.

FORMAS DE ALIMENTARSE

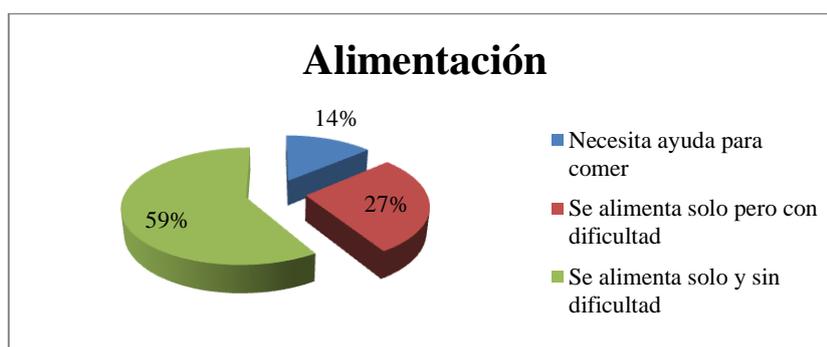
CUADRO N° 5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Necesita ayuda para comer	11	14%
Se alimenta solo pero con dificultad	22	27%
Se alimenta solo y sin dificultad	47	59%
TOTAL	80	100%

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 5



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De la población estudiada, el 59% (47n) de los ancianos se alimentan solos y sin dificultad, el 27% (22n) de ellos se alimentan solo pero con dificultad, demostrando que el 14% (11n) necesitan ayuda para poder alimentarse, porque la dieta proporcionada, es una dieta general o sólida que el adulto mayor no puede masticar por la falta de piezas dentarias.

Además presentan limitaciones en sus miembros superiores, por tal razón la alimentación es derramada y no es consumida la porción adecuada.

Determinando así que el 41% (33n) necesitan de personal auxiliar para que les ayuden a comer, las porciones recomendadas.

ACTIVIDAD FÍSICA

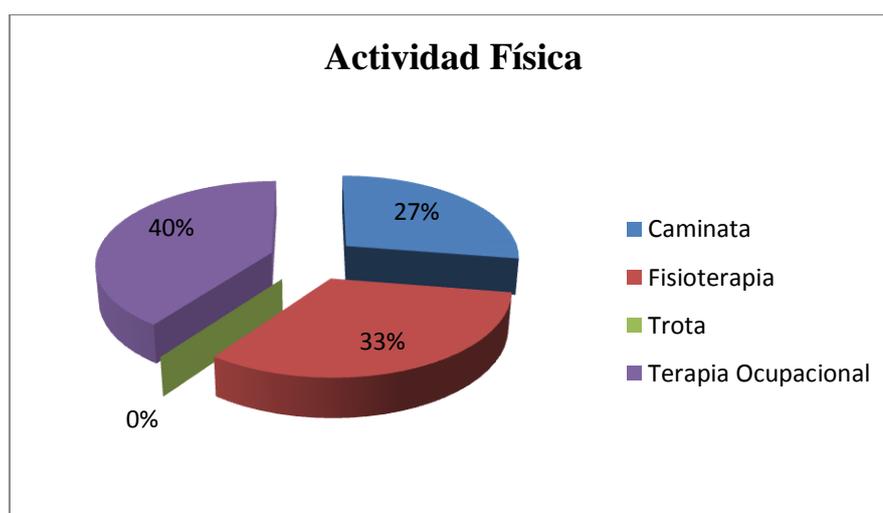
CUADRO N°6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Caminata	22	27%
Fisioterapia	26	33%
Trota	0	0%
Terapia Ocupacional	32	40%
Total	80	100%

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 6



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% de los adultos mayores, todos realizan actividad física de diferente manera: el 40% (32n) de ellos realizan Terapia Ocupacional, esto ayuda al adulto mayor a tener movimientos en sus manos y dedos, el 33% (26n) reciben Fisioterapia, porque ayuda al adulto mayor tener un mejor movimiento articular y evitar que los adultos mayores tengan problemas de articulación y el 27% (22n) de ellos caminan y pueden trasladarse de un lugar a otro sin ningún apoyo o ayuda.

Determinando que el 67% (54n) de adultos mayores realizan actividades físicas por si solos.

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN

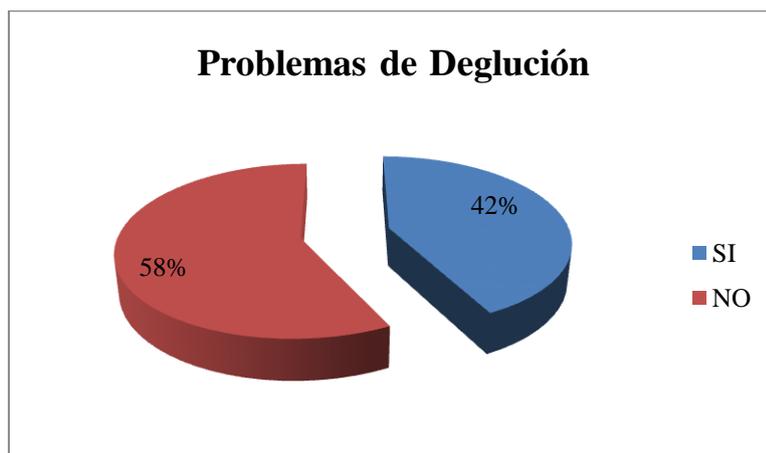
CUADRO N° 7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	34	42%
NO	46	58%
TOTAL	80	100%

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 7



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De la guía de observación aplicada se obtiene los siguientes resultados, el 58% (46n) de los ancianos no tiene problemas de deglución, en comparación con el 42% (34n) que si poseen este problema.

Determinando que el 42% de los adultos mayores por falta de piezas dentarias no mastican los alimentos sólidos de la dieta general proporcionada, debido a que no existe una buena masticación de los alimentos. También puede existir un atragantamiento por algunos alimentos duros que no pueden ser masticados adecuadamente y no se forma el bolo alimenticio por tal razón están propensos a padecer alteraciones gastrointestinales tales como: la diarrea y dolor abdominal.

PROBLEMAS DE SALUD

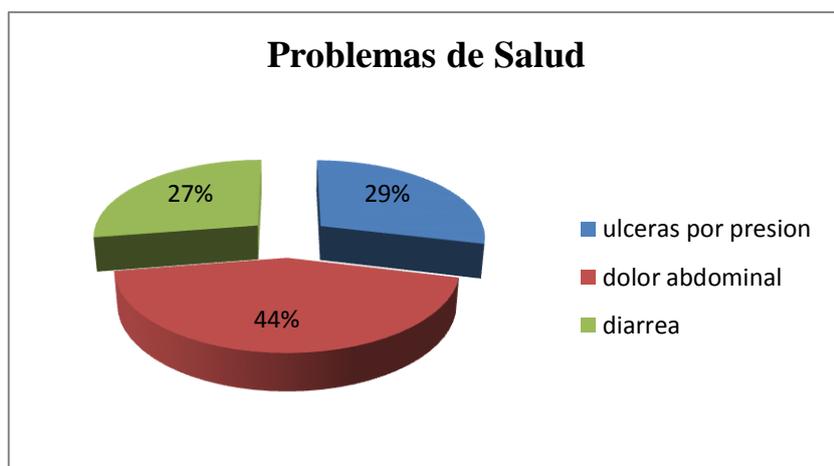
CUADRO N° 8

ALTERNATIVAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presencia de Ulceras por Presión		23	29%
Alteraciones Gastrointestinales	Diarrea	22	27%
	Dolor abdominal	35	44%
Total		80	100%

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 8



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% de los adultos mayores en presentar problemas de salud, el 44% (35n) de los adultos mayores presentan dolor abdominal, el 29% (23n) presentan úlceras por presión y el 27% (22n) presentan diarrea.

Comprobando que existe un alto porcentaje de adultos mayores que presentan alteraciones gastrointestinales, evidenciando que por la falta de piezas dentarias provoca una deficiencia en la masticación y formación del bolo alimenticio, lo que lleva a padecer estos problemas de salud y a la falta de apetito.

ALIMENTACIÓN Y NÚMERO DE PORCIONES QUE CONSUME EL ADULTO MAYOR

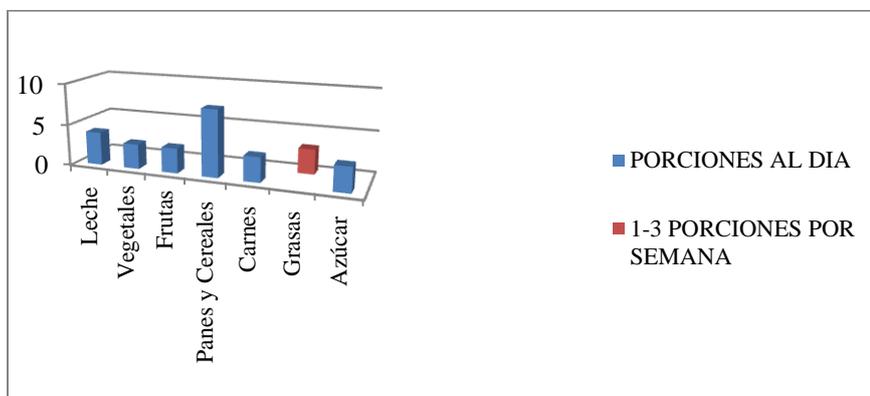
CUADRO N° 9

ALIMENTOS	PORCIONES AL DÍA	1-3 PORCIONES POR SEMANA
Leche	4	
Vegetales	3	
Frutas	3	
Panes y Cereales	8	
Carnes	3	
Grasas		3

Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

GRÁFICA N° 9



Fuente: Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba

Responsable: Fernanda Chisaguano

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En los resultados de la guía de observación, se pudo verificar que las porciones de alimentos para los adultos mayores del Hogar de ancianos son: consumo de leche: 4 porciones al día, vegetales: 3 porciones al día, frutas: 3 porciones al día, panes y cereales: 8 porciones al día, carnes: 3 porciones al día, azúcar: 3 veces al día y grasas: 3 porciones a la semana.

Determinando que el adulto mayor si recibe una alimentación aceptable para la edad, pero no se preparan dietas individualizadas por patologías y reciben dietas generales que alteran las necesidades de alimentación.

CAPÍTULO IV

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Se acepta la hipótesis planteada: “La alimentación que se brinda a los adultos mayores del hogar de ancianos Riobamba influye en su estado nutricional”, por lo tanto la alimentación si influye en su estado nutricional, lo cual fue comprobado mediante la guía de observación, en donde se refleja que la dieta servida al adulto mayor es una dieta general, que no es la indicada para el paciente, pues existe la falta de piezas dentarias, es por ello que no mastican bien los alimentos. Además el personal de alimentación no cumple con las características principales en la preparación de una dieta blanda, semisólida; ya que para ellos sería más fácil alimentarse y no tener problemas de masticación y de su estado nutricional.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Concluido el trabajo de investigación en el Hogar de Ancianos Riobamba es preciso identificar las siguientes apreciaciones:

- Al evaluar el estado nutricional de adulto mayor según el IMC se obtiene que el 45% de los adultos mayores con un $IMC < 23$, están con desnutrición, porque la alimentación es derramada por poseer limitaciones físicas en los miembros superiores, el 39% de los adulto mayores con un IMC de 23–28 se encuentran con un estado nutricional normal, el 9% de los adultos mayores con un $IMC > 30$ presentan obesidad, porque algunos de los adultos mayores se quitan o roban la comida de otros paciente, no realizan actividades, es por eso que presentan problemas nutricionales. El 7% de los adultos mayores con un IMC de 28–29.9 se evidencia sobrepeso. Los adultos mayores que viven en este Hogar tienen problemas de su estado nutricional.
- El tipo de alimentación que recibe el adulto mayor, no es la correcta ya que el adulto mayor necesita de una dieta blanda o semisólida y con requerimientos a sus necesidades individuales.
- Del 100% de los adultos mayores en su índice de masa corporal, el 45% (36n) de ellos tienen desnutrición, porque la alimentación proporcionada no es consumida adecuadamente, ya que tiende a derramar por poseer limitaciones físicas en sus miembros superiores, el 39% (31n) poseen un índice de masa corporal normal, en ellos no existe ningún problema nutricional, ya que están en capacidad de realizar sus actividades de la vida diaria y no son dependientes para la alimentación, el 9% (7n) de los adultos mayores padecen de obesidad y el 7% (6n) presenta sobrepeso

porque algunos de los adultos mayores se quitan o roban la comida de otros pacientes.

- El 44% de los adultos mayores presentan dolor abdominal, puesto que por la falta de las piezas dentarias, no facilita la masticación y por ende los alimentos son ingeridos enteros y eso no ayuda a una buena motilidad gástrica, 29% presentan úlceras por presión por la falta de movilidad que existe en ellos y el 27% presentan diarrea por consumir alimentos que los adultos mayores guardan o esconden, lo que las personas voluntarias los fines de semana realizan donaciones de alimentos, que no son apropiados para ellos como; la gelatina, sandwiches, dulces, etc.
- Al elaborar el plan alimentario, estamos colaborando con el personal de alimentación para elaborar dietas para los adultos que tiene problemas nutricionales.

4.2. RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos a través de las técnicas de investigación aplicadas en el Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba se pueden determinar las siguientes recomendaciones:

- El personal encargado de nutrición, debe dar seguimiento a los adultos mayores que están desnutridos con sobrepeso, obesidad y con patologías que alteran las necesidades nutricionales como la diabetes y la hipertensión.
- Se recomienda, que la alimentación servida al adulto mayor sea licuada para que ingiera fácilmente y no tenga problemas al masticar, ya que en esta edad no se tiene las piezas dentarias completas y esto evitaría problemas de salud como; el dolor abdominal y la diarrea, también que se calcule la dieta según la necesidad del adulto mayor.
- Que se revise la propuesta alimentaria para realizar correcciones si es necesario y se aplique en concordancia a los requerimientos calóricos del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moragas R. (2011) Gerontología Social. Cuba 2º edición pág. 54-57.
2. Gálvez Montes C. 2012 Cuidados Socio-Sanitarios En El Paciente Geriátrico Formación Alcalá,
3. IRE Fernanda Chisaguano 2011
4. Asamblea Nacional Constitución 2008 Ecuador
5. Asamblea Nacional Constitución 2008 Pág. 35-37
6. Información obtenida por el departamento de Trabajo Social del Hogar de Ancianos Riobamba 2012.
7. Elmadfa y Meyer 2008 Cuidado Integral Del Adulto Mayor 1º Edición México pág. 45- 50.
8. Lengyel y Col 2008 Cuidando La Salud Del Adulto Mayor En Casa 1º Edición Chicago pág. 18 -20.
9. Robbins LJ 2009 Evaluación de la pérdida de peso en los ancianos 1º Edición Chile pág. 59-62.
10. Albala C, Bunout D y Carrasco F. 2008 Evaluación del Estado Nutricional en el Anciano. Publicado por el Ministerio de Salud de Chile, pág. 37-52; 2007.
11. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2009 Tratado de Geriatria para Residentes 2º Edición España pág. 18-26.
12. Ballesteros Pérez, Esperanza y García 2004 Enfermería Geriátrica 2º Edición Chile pág. 48, 57.
13. Ruiz L. Tollonosa P. 2004 Fisiología del envejecimiento muscular. 1º Edición Venezuela
14. Cervera Díaz C 2006 Geriatría Clínica. 2º Edición Madrid pág. 28
15. Acarin C. 2006 Anciano y medicamentos. 2º Edición Panamá pág. 38-40.
16. García F. 2005 Tratamiento de la hipertensión en el anciano. 1º Edición Canadá pág. 25 – 28
17. Saiz N. 2011 Atención de Enfermería en el Anciano Pluripatológico. 2º Edición Chile pág. 114
18. Barrio L. 2004. Mayores en movimiento. 3º Edición Cali Pág. 20-21.

LINCOGRAFÍA

19. www.recomendacionesparaunavejezactiva.com
20. www.alimentateecuador.gob.ec
21. www.inec.gov.ec
22. www.mies.gob.ec
23. www.alimentacion-sana.com OMS
24. www.msp.gob.ec
25. www.iess.gob.ec
26. www.wikipedia.org Tercera-edad
27. www.gerontologiacambiosfisiologicos-calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores
28. www.manualgereatria.comCambioEnvejec.pdf
29. www.saluddealtura.com/ nutrición-familia/nutrición/alimentación-adulto-mayor
30. www.adultosplenos.com sobrepeso y obesidad adulto mayor
31. www.monografias.com obesidad en el anciano.
32. www.saludalia.com diabetes; Manual de Cambios del Envejecimiento MSP 2010.
33. www.geosalud.com/adultos_mayores/ejercicio.htm
34. www.hogardeancianosquito.com
35. www.derechoecuador.com
36. www.msp.gob.ec/Adulto-Mayor/datos-generales.
37. www.portalecuador.ec
38. www.asambleanacional.gov.ec/documentos/Constitucion-2008.pdf

A N E X O S

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**GUÍA DE OBSERVACIÓN DE ALIMENTACIÓN Y ESTADO
NUTRICIONAL**

EN EL ADULTO MAYOR

Objetivos

- Identificar el tipo de alimentación que recibe el adulto mayor según los grupos alimenticios.
- Evaluar el estado nutricional del adulto mayor

DATOS GENERALES

Edad:..... Sexo: Peso: Talla:..... IMC:.....

1. Observación de la Movilidad

- De la cama al sillón o silla de ruedas
- Autonomía en el interior del hogar
- Sale del hogar

2. Alimentación y número de porciones que consume el adulto mayor

ALIMENTOS	C/DÍA	1-3 porciones por semana	1-3 porciones C/15 días	1-3 porciones por mes	Nunca
Leche					
Vegetales					
Frutas					
Panes y Cereales					
Carnes					
Grasas					
Azúcar					

3. Formas de alimentarse

- Necesita ayuda para comer
- Se alimenta solo pero con dificultad
- Se alimenta solo y sin dificultad

4. Observa problemas de deglución

- Si
- No

5. Problemas de salud

- Presencia de UPP
- Alteraciones gastrointestinales
 - Diarrea
 - Dolor abdominal

6. Realiza actividad física

- Si
- A veces
- No

CUAL: Caminata..... Fisioterapia..... Trota..... Terapia ocupacional

ANEXO 2

DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE ANCIANOS RIOBAMBA

CÓDIGO	EDAD	PESO	TALLA	IMC
1. M	76	32	1.37	Desnutrición
2. M	85	42	1.35	Normal
3. M	82	50	1.34	Sobrepeso
4. M	78	55	1.60	Desnutrición
5. M	86	60	1.48	Sobrepeso
6. M	88	61	1.53	Normal
7. M	52	48	1.38	Normal
8. M	83	42	1.53	Desnutrición
9. M	85	56	1.52	Normal
10. M	86	44	1.57	Desnutrición
11. M	82	45	1.47	Desnutrición
12. M	90	42	1.29	Normal
13. M	83	39	1.38	Desnutrición
14. M	73	58	1.61	Normal
15. M	83	52	1.55	Desnutrición
16. M	73	63	1.40	Obesidad
17. M	86	53	1.55	Desnutrición
18. M	83	61	1.38	Obesidad
19. M	83	46	1.59	Desnutrición
20. M	76	42	1.55	Desnutrición
21. M	83	55	1.56	Desnutrición
22. M	78	54	1.34	Obesidad
23. M	76	43	1.58	Desnutrición
24. M	73	60	1.57	Normal
25. M	80	67	1.66	Normal

26. M	78	66	1.60	Normal
27. M	82	41	1.32	Normal
28. M	84	44	1.58	Desnutrición
29. M	86	51	1.60	Desnutrición
30. M	73	52	1.54	Normal
31. M	73	38	1.46	Desnutrición
32. M	68	46	1.50	Desnutrición
33. M	73	53	1.41	Normal
34. M	83	47	1.64	Desnutrición
35. M	79	68	1.55	Normal
36. M	89	52	1.33	Obesidad
37. M	86	55	1.60	Desnutrición
38. M	90	56	1.37	Obesidad
39. M	82	37	1.25	Normal
40. M	69	35	1.37	Desnutrición
41. M	73	35	1.25	Normal
42. M	76	43	1.56	Desnutrición
43. M	82	53	1.50	Normal
TOTAL 43 MUJERES				

**DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE
ANCIANOS RIOBAMBA**

CODIGO	EDAD	PESO	TALLA	IMC
1. H	73	68	1.66	Normal
2. H	85	40	1.35	Desnutrición
3. H	91	49	1.68	Desnutrición
4. H	72	53	1.53	Normal
5. H	84	50	1.38	Normal
6. H	68	42	1.60	Desnutrición
7. H	95	40	1.45	Desnutrición
8. H	83	53	1.53	Normal
9. H	73	54	1.60	Desnutrición
10. H	84	40	1.47	Desnutrición
11. H	78	55	1.39	Sobrepeso
12. H	90	55	1.58	Normal
13. H	83	50	1.35	Sobrepeso
14. H	86	55	1.61	Desnutrición
15. H	84	50	1.55	Desnutrición
16. H	94	58	1.58	Normal
17. H	73	64	1.59	Normal
18. H	84	66	1.55	Sobrepeso
19. H	86	41	1.42	Desnutrición
20. H	79	42	1.40	Desnutrición
21. H	82	50	1.50	Normal
22. H	85	57	1.40	Obesidad
23. H	87	50	1.53	Desnutrición
24. H	80	45	1.32	Normal
25. H	79	67	1.58	Sobrepeso
26. H	92	51	1.60	Desnutrición

27. H	90	53	1.41	Normal
28. H	75	59	1.52	Normal
29. H	95	58	1.39	Obesidad
30. H	76	43	1.42	Desnutrición
31. H	84	52	1.48	Normal
32. H	83	51	1.52	Desnutrición
33. H	80	59	1.55	Normal
34. H	87	41	1.57	Desnutrición
35. H	86	53	1.60	Desnutrición
36. H	89	57	1.45	Normal
37. H	88	60	1.50	Normal
TOTAL 37 HOMBRES				

ANEXO 3 PATOLOGÍAS

CÓDIGO	PATOLOGÍAS	PRESIÓN
HOMBRES		
11H	HIPERTENSO	120/60mmHg
12H	HIPERTENSO	140/80mmHg
13H	HIPERTENSO	130/90mmHg
18 H	HIPERTENSO	120/60mmHg
20 H	HIPERTENSO + DIABETES	160/90mmHg ; 91 mg/dl
22H	HIPERTENSO	140/80mmHg
25H	HIPERTENSO	140/90mmHg
29 H	HIPERTENSO	130/60 mmHg
MUJERES		
3 M	HIPERTENSO	160/80 mmHg
5 M	HIPERTENSO	130/60 mmHg
10 M	HIPERTENSO	130/80 mmHg
16 M	HIPERTENSO	90/60 mmHg
18 M	HIPERTENSO	130/80 mmHg
22 M	HIPERTENSO	150/70 mmHg
36 M	HIPERTENSO	130/80 mmHg
38 M	HIPERTENSO	120/70 mmHg
41 M	HIPERTENSO	140/60 mmHg
43 M	HIPERTENSO	180/70 mmHg
TOTAL PACIENTES 18		

ANEXO 4 CROQUIS DE ACCESO AL HOGAR DE ANCIANOS RIOBAMBA

CALLE 24 DE MAYO



A
V
E
N
I
D
A

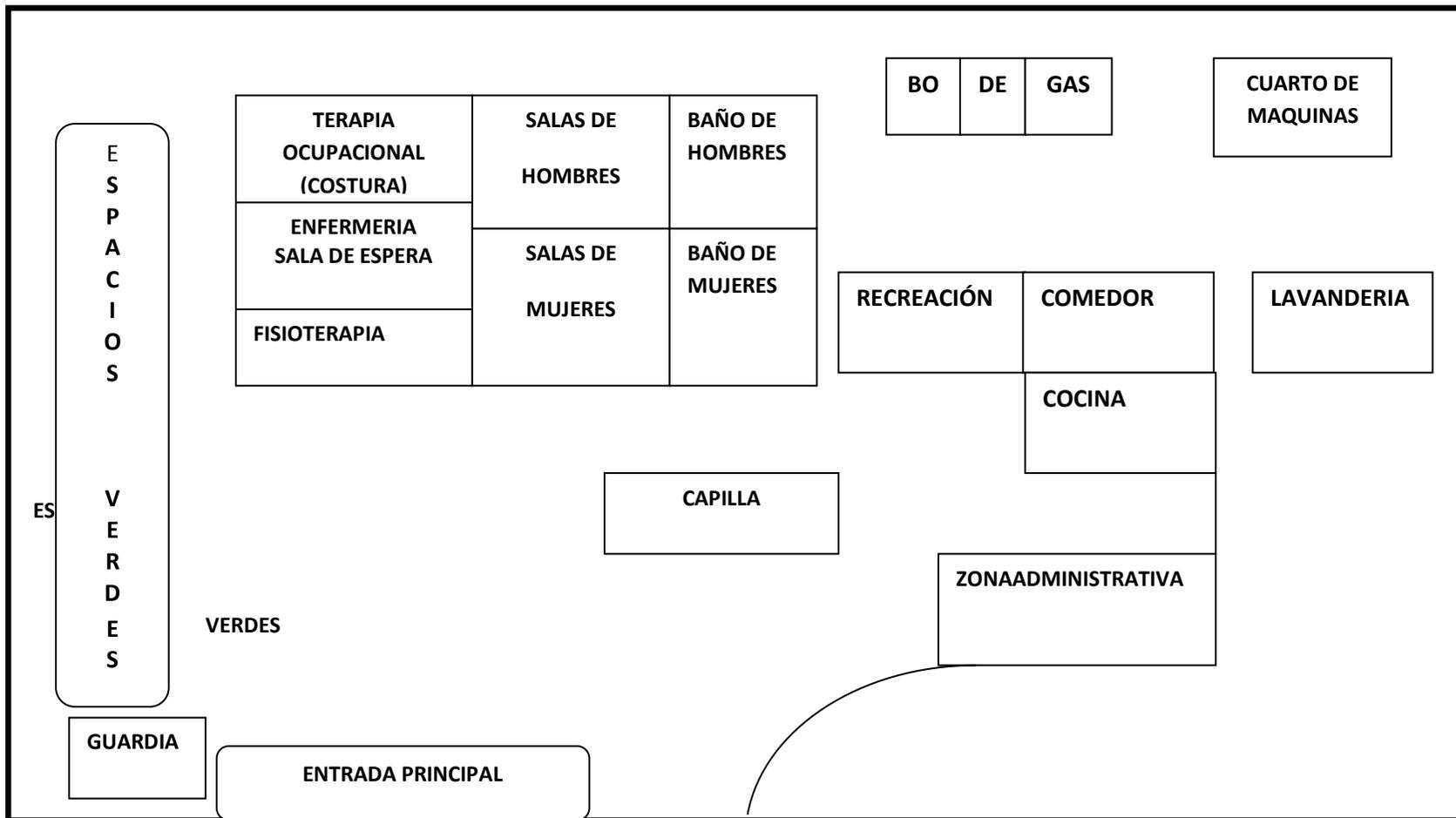
E
U
G
E
N
I
O

E
S
P
E
J
O

12 DE OCTUBRE

AVENIDA ALFONSO VILLAGOMEZ

ANEXO 5 CROQUIS DEL HOGAR DE ANCIANOS RIOBAMBA



HOGAR DE ANCIANOS RIOBAMBA



ESTACIÓN DE ENFERMERÍA



CONTROL DE PESO A HOMBRES



CONTROL DE PESO A MUJERES



CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL AL ADULTO MAYOR



ÁREA DE COCINA



LOS ANCIANOS ENTRAN AL COMEDOR



COMEDOR DE HOMBRES



COMEDOR DE MUJERES



ÁREA DE HOMBRES



ÁREA DE MUJERES



TERAPIA OCUPACIONAL

