



## **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS EN ADULTOS  
MAYORES. ALACAO, GUANO, ENERO A JUNIO 2016.”**

**AUTOR: DR. XAVIER DANILO ERAZO ESTRELLA**

**Proyecto final de titulación modalidad: Proyecto de investigación y desarrollo,  
presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH,  
como requisito parcial para la obtención del grado de:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Riobamba - Ecuador**

**Diciembre, 2016**



## ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

### CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo titulado: “DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS EN ADULTOS MAYORES. ALACAO, GUANO, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad del autor Dr. Xavier Danilo Erazo Estrella, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

Esp. Niurka Ginorio Suárez. Esp. MGI

**DIRECTORA**

-----

Dra. Esther María Chagoyén Méndez. Esp. MGI

**TUTORA DE TESIS**

-----

Dr. Luis Mederos Mesa. Esp. MGI

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

-----

Dra. Sandra López Gonzáles. Mg. MGI

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

-----

## **DERECHOS INTELECTUALES**

Yo, Dr. Xavier Danilo Erazo Estrella soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

-----  
Dr. Xavier Danilo Erazo Estrella

No. Cédula: 060246886-0

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD**

Yo, Dr. Xavier Danilo Erazo Estrella declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos consultados en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Maestría.

-----  
Dr. Xavier Danilo Erazo Estrella

No. Cédula: 060246886-0

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DERECHOS INTELECTUALES .....	iii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD .....	iv
ÍNDICE.....	v
LISTA DE TABLAS .....	viii
RESUMEN .....	x
ABSTRACT.....	xi
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Planteamiento del problema .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.1 <i>Formulación del problema</i> .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Justificación de la investigación.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Objetivos de la investigación.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3.1 <i>Objetivo General</i> .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 Hipótesis.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>12</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Antecedentes del problema .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.1 <i>El envejecimiento</i> .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.1.1 <i>Aspectos generales sobre la vejez</i> .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.1.2 <i>Proceso de envejecimiento.</i> .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.2 <i>Adulto mayor</i> .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Marco jurídico.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.1 <i>Concepción de sujeto y las diferentes maneras de nombrar a la vejez</i> ...</b>	<b>26</b>
<b>2.3.2 <i>Principales cambios físicos y orgánicos del adulto mayor</i> .....</b>	<b>27</b>

2.3.3	<i>La vejez y las enfermedades</i> .....	30
2.3.4	<i>Bienestar y calidad de vida del adulto mayor</i> .....	31
2.3.5	<i>Estado nutricional del adulto mayor</i> .....	34
2.3.6	<i>Hábitos alimentarios</i> .....	34
2.3.7	<i>Factores que determinan los hábitos alimentarios</i> .....	38
2.3.8	<i>Alteraciones en los tiempos de la nutrición</i> .....	41
2.3.9	<i>Requerimientos nutricionales para el adulto mayor</i> .....	44
2.3.10	<i>Requerimiento de energía, agua y macronutrientes</i> .....	45
2.3.11	<i>Requerimiento de macronutrientes</i> .....	45
2.3.12	<i>Recomendaciones de micronutrientes</i> .....	47
2.3.13	<i>Planificación alimentaria del adulto mayor</i> .....	47
2.3.14	<i>Etapas de la alimentación</i> .....	48
2.3.15	<i>Guías alimentarias para la población adulta mayor</i> .....	49
2.2.4	<i>Conocimiento</i> .....	51
2.2.4.1	<i>Concepto de Conocimiento</i> .....	51
2.2.4.2	<i>Niveles del conocimiento</i> .....	52
2.5	<b>Estrategia de intervención educativa</b> .....	54
 <b>CAPÍTULO III</b> .....		56
3.	<b>METODOLOGÍA</b> .....	56
3.1	<b>Tipo y diseño de la investigación</b> .....	56
3.2	<b>Localización y temporalización</b> .....	56
3.3	<b>Población de estudio</b> .....	56
3.4	<b>Variables de estudio</b> .....	60
3.4.1	<i>Identificación</i> .....	60
3.4.2	<i>Operacionalización de variables</i> .....	62
3.5	<b>Técnica e instrumento de recolección de datos</b> .....	68
3.5.1	<i>Características del instrumento</i> .....	68
3.5.1.1	<i>Validación del instrumento</i> .....	69
3.6	<b>Procedimientos</b> .....	70
3.7	<b>Procesamiento y análisis de datos</b> .....	70

<b>3.8 Aspectos éticos.....</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>72</b>
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>72</b>
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>72</b>
<b>5. PROPUESTA.....</b>	<b>93</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>111</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>112</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla No. 1</b>	<b>71</b>
Distribución de adultos mayores según características demográficas. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 2</b>	<b>73</b>
Distribución de adultos mayores según características sociales. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 3</b>	<b>75</b>
Distribución de adultos mayores según características clínicas. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 4</b>	<b>77</b>
Distribución de adultos mayores según hábitos alimentarios. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 5</b>	<b>79</b>
Distribución de adultos mayores según dimensión variedad y frecuencia del consumo de alimentos. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 6</b>	<b>81</b>
Distribución de adultos mayores según dimensión cantidad de líquidos ingeridos. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 7</b>	<b>82</b>
Distribución de adultos mayores según conocimiento sobre los hábitos alimentarios. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 8</b>	<b>83</b>
Distribución de adultos mayores según dimensión de conocimiento sobre la variedad y frecuencia del consumo de alimentos. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 9</b>	<b>84</b>
Distribución de adultos mayores según dimensión del conocimiento sobre cantidad de líquidos a ingerir. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 10</b>	<b>86</b>
Distribución de adultos mayores según hábitos alimentarios y dimensión conocimiento. Alacao, enero a junio 2016.	
<b>Tabla No. 11</b>	<b>88</b>
Distribución de adultos mayores según características sociodemográficas y hábitos alimentarios. Alacao, enero a junio 2016.	



**Tabla No. 12**

**90**

Distribución de adultos mayores según variables clínicas y hábitos alimentarios. Alacao, enero a junio 2016.

## RESUMEN

Se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores, en el Barrio Alacao, Cantón Guano, en el periodo Enero a Junio del 2016, fue un estudio descriptivo, correlacional, transversal. El universo estuvo constituido por 48 adultos mayores, en la recolección de información se aplicó una entrevista con 29 preguntas. El cuestionario estuvo estructurado en tres partes; recogió datos sobre variables sociodemográficas y clínicas, otra identificó los hábitos alimentarios y la tercera contempló un test de conocimientos. Los datos fueron ingresados en una base de datos elaborada en Excel 2010 y analizados con el Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versión 17, se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Fisher para la correlación las variables con un nivel de significancia del 0,05. Se encontró el 43,7% (21) de adultos mayores entre 65 – 69 años, 62,5 % (30) mujeres, el 64,5 % (31) casados, 35,4 % (17) sin ningún nivel de instrucción, 68,7 % (33) presentaban un estado nutricional normopeso, 62,5 % (30) no utilizaban prótesis dental. Predominó los hábitos alimentarios inadecuados con un 89,5 % (43) y el conocimiento no satisfactorio sobre hábitos alimentarios adecuados en los adultos mayores con 85,4 % (41). Existió correlación significativa entre el conocimiento sobre hábitos alimentarios adecuados y los hábitos alimentarios de los adultos mayores ( $p= 0,04$ ). Se concluye que el conocimiento sobre hábitos alimentarios adecuados en los adultos mayores es no satisfactorio, se recomienda al Centro de Salud de Guano, la aplicación de la estrategia de intervención educativa que tendrá un impacto favorable para reforzar el conocimiento y lograr hábitos alimentarios adecuados.

**Palabras Clave:** <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <ADULTO MAYOR>, <CONOCIMIENTO EDUCATIVO >, <HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS>, <ALACAO (BARRIO)>, <GUANO (CANTÓN)>.

## ABSTRACT

It was designed An educational intervention strategy about adequate food in older adults in the Alacao neighborhood, Guano Canton, it was designed in the period January to June of 2016, it was a descriptive, correlational, cross-sectional study.

The universe was constituted by 48 older adults, in the collection of information we applied an interview with 29 questions.

The questionnaire is structured in three parts; Collect data about sociodemographic and clinical variables, another identified food habits and the third is a knowledge test.

The data were entered into a database prepared in Exel 2010 and analyzed with the Statistical program for social science (SPSS) version 17, the Chi square test and Fisher was used to correlate the variables with a significance level of 0.05

43,7% (21) older adults aged 65-69 years, 62,5% (30) women, 64,5% (31) married, 35,4% (17) without any level of education, 69,7 % (33) presented normal nutritional status, 62,5% (30) they did not use dental prosthesis.

Inadequate eating habits predominated with 89,5% (43) and unsatisfactory knowledge about adequate dietary habitats in the elderly with 85,4% (41).

There was a significant correlation between knowledge about adequate eating habits and habits of the elderly ( $p=0.04$ ).

It is concluded that the knowledge about adequate eating habits in the elderly is not satisfactory, it is recommended to the Guano health center, the implementation of the educational intervention strategy that will have a favorable impact to reinforce knowledge and achieve adequate food habits.

**KEYWORDS:** <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <ELDERLY>, < EDUCATIONAL KNOWLEDGE>, <ADEQUATE EATING HABITS>, <ALACAO (BARRIO)>, <GUANO (CANTON)>.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta el concepto definido por la Organización Panamericana de la Salud - (OPS), y basados en la esperanza de vida para el Ecuador, se entiende como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte. (1) (OPS, 2015)

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, con un deterioro progresivo de salud contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano. Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son: (2) (López, María Victoria, 2006)

- Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.
- Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.
- Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional. Todo ello implica un desafío que es conocer si los adultos mayores tienen hábitos alimentarios adecuados y conocimientos satisfactorios sobre los hábitos alimentarios con lo cual estaríamos disminuyendo el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular y en especial infarto, la hipertensión arterial, dislipemias, trastornos del metabolismo hidrocarbonado, ACV (Accidente Cerebro Vascular). (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición , 2007) (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición , 2007)

Cuando investigamos sobre el tema encontramos algunos relacionados en otros países de América Latina y en otras provincias del país, pero en la provincia de Chimborazo no se encuentran estudios análogos, de ahí la importancia de realizar esta investigación con el fin de conocer los hábitos alimentarios que tienen nuestros adultos mayores y diseñar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento hábitos alimentarios adecuados.

### **1.1 Planteamiento del problema**

El envejecimiento es un fenómeno universal e inevitable; sin embargo, como fenómeno social y de salud, continúa siendo poco conocido. Se considera un período importante de la vida, pues en algunos casos este período llega a representar un tercio de la vida de la persona. La adultez mayor es un proceso biopsicosocial inevitable e irreversible que demanda el establecimiento de intervenciones que garanticen la calidad de vida de esta población para lograr una longevidad satisfactoria.

Teniendo en cuenta el concepto definido por la OPS se entiende como adulto mayor a “toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de

deficiencias funcionales, como resultados de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilo de vida y factores ambientales”.

(Novelo: 2003).

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los hábitos alimentarios y estado nutricional.

Los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y enfermedades crónicas. En esta etapa los hábitos alimentarios y la nutrición son muy importantes para vivir saludablemente y lograr disfrutar a plenitud la etapa de la adultez.

En el análisis de la Situación Integral de Salud del año 2014 de la comunidad Alacao, perteneciente al distrito Guano- Penipe, provincia Chimborazo se constató que la población se caracteriza por un nivel elevado de envejecimiento (17,7 %), en el mismo se determinó a través de técnicas cualitativas que los adultos mayores de la comunidad Alacao tienen inadecuados hábitos alimentarios, además durante la actividad extramural del posgradista en medicina familiar y comunitaria en las visitas domiciliarias programadas e intercambios realizados con las familias y líderes comunitarios, se evidenció además la no existencia de círculos o clubes de adultos mayores que permitan revertir estos hábitos, unido a las características e idiosincrasia de esta población que no asisten a los controles periódicos, presentan dificultades físicas para trasladarse al Centro de Salud para recibir una labor educativa en relación a este tema.

Dada esta situación se considera necesario diseñar una estrategia de intervención educativa dirigida a adultos mayores de esta comunidad con el fin de educar sobre hábitos alimentarios adecuados en esta etapa del ciclo de vida.

El envejecimiento poblacional, es uno de los retos más importantes de las sociedades modernas y de las que se encuentran en vías de desarrollo, ya que de no contar con las medidas adecuadas (sanitarias, económicas, políticas, sociales, educativas, alimentarias,

etc.) esto se convertirá en un gran problema en los próximos años.

Un factor primordial, para lograr cambios es que la familia y el adulto mayor debe mantener una participación activa dentro de la sociedad a la que pertenece, ya que de esta manera logrará una satisfacción plena en todos los ámbitos de su vida, pues se sentirá útil y activo.

Con base en lo anterior, el programa de estrategia de intervención educativa, cuya elaboración se describe en esta tesis, pretende informar y ayudar a modificar los hábitos alimentarios en los adultos mayores.

Scaglia (2001) dice que “el geragogo debe ser quien educa al anciano o se propone enseñarle algo”, por lo que este profesional en su función educativa deberá “ocuparse no sólo de la higiene, factores de riesgo, alimentación, actividades físicas, sino además brindará nuevos propósitos existenciales que le permitan al adulto mayor sentirse protagonista, sujeto activo y no mero espectador de la vida”.

Por su parte, la práctica preventiva, curativa y de rehabilitación tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades; permitiendo que otras disciplinas se sumen a esta gran tarea, ya que la problemática planteada necesita del apoyo de todos para su posible solución.

En conclusión, y coincidiendo con la opinión Scaglia (2001), el adulto mayor se encuentra en “continuo crecimiento demográfico y el espacio que ocupa en la sociedad es cada vez más amplio por la prolongación de la esperanza de vida; por lo que no solo deben diseñarse programas que tomen en cuenta los aspectos sanitarios, sino que es de suma importancia implementar programas que atiendan el aspecto educacional para permitir la apertura de nuevos caminos y distintas orientaciones creativas dentro de un proyecto de educación permanente del ser humano”.

### **1.1.1 Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre los hábitos alimentarios, el conocimiento sobre los hábitos alimentarios adecuados y las variables sexo, edad, estado conyugal, nivel de instrucción, estado nutricional y uso de prótesis dental total o parcial en los adultos mayores de la comunidad Alacao en el período de enero a junio de 2016?

¿Qué elementos pueden ser incluidos en la estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores?



## **1.2 Justificación de la investigación**

Los adultos mayores deben tener un sentido de bienestar que les proporcione un significado a su vida. La participación en actividades comunitarias nos permite contribuir a mejorar su calidad de vida.

El envejecimiento actual de la población es un fenómeno mundial sin precedentes en la historia de la humanidad. En las últimas décadas se han producido cambios importantes en la epidemiología del envejecimiento, caracterizados principalmente por una fuerte reducción de la natalidad y por la disminución de la tasa de mortalidad, factores que han contribuido a que los ancianos constituyan una parte considerable de la población total. (González, 1996; Sancho et al., 2000; Arbonés et al., 2003).

Los avances en medicina, las mejores condiciones higiénicas, la adquisición de hábitos y conductas más saludables, la mejora de la nutrición y de las condiciones del modo y estilo de vida, y un ambiente físico más sano, han hecho que la esperanza de vida haya aumentado, y con ello la población mayor (Harris, 2001).

En la actualidad, se estima que son 658 millones las personas de 65 años o más, de los que aproximadamente 400 millones viven en países subdesarrollados, y se prevé que para el año 2025 esta cifra alcance 1.2 billones, siendo Europa, la región más envejecida del mundo (OMS, 2008).

Las expectativas de vida han aumentado proyectándose en la proporción de personas que sobrepasan los 65 años, si se mantiene la tendencia actual este grupo de individuos constituirá el 20% de la población mundial en el año 2050.

América Latina no escapa a esta realidad existiendo un incremento sostenido en la proporción y en número absoluto de personas de 65 años y más.

En la actualidad las personas mayores representan el 12 % de la población regional, equivalente a 107,3 millones de habitantes (OMS, 2008).

El proceso de envejecimiento seguirá profundizándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando la tasa de crecimiento del segmento de 65 años y más será del 2,3%. Si bien esta cifra disminuirá al 1,5% en 2030-2050, seguirá siendo la más elevada de la población en su conjunto.

En el 2050 el número de personas mayores sumará 182,8 millones, equivalente a un cuarto de los habitantes de la región (CEPAL, 2010).

No obstante esta tendencia generalizada, existen amplias diferencias en la evolución que seguirá cada uno de los países. En algunos de ellos el ritmo de crecimiento de la población adulta mayor se mantendrá en alza durante todo el período estudiado (2010-2050), mientras que en otros en igual periodo representarán un porcentaje más elevado que el promedio.

La situación entre los países es heterogénea. En aquellos donde el proceso de envejecimiento se inició tempranamente, la población de 75 años y más es mayor que en el resto. Al respecto, destacan algunos países de Latinoamérica, como el Uruguay y Cuba, en que se están afrontando en distintas áreas las consecuencias del envejecimiento demográfico como la seguridad social, la salud y la atención familiar.

Ecuador se ubica en la fase de transición demográfica caracterizada por el progresivo envejecimiento de la población con una esperanza de vida de 75 años y una proporción de 5,7 por ciento de personas adultas mayores, según la encuesta nacional de salud y envejecimiento SABE, la población de personas adultas mayores en Ecuador fue de 1'156.117.

Al momento, 7 de cada 100 ecuatorianos/as son personas adultas mayores, la edad media de las personas adultas mayores es de 71,3 años, tanto para hombres como para mujeres.

De acuerdo a la información censal (INEC. Censo de Población y Vivienda 2010), las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son en su mayoría deficitarias, estimándose que el 57,4%, que corresponde a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

Los datos permiten observar que la condición de pobreza es significativamente mayor en el área rural, donde 8 de cada 10 personas adultas mayores sufren pobreza y extrema pobreza.

La Constitución de la República del Ecuador en el artículo 36 del capítulo tercero refiere que 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. Los artículos 37 y 38 establecen entre otras cosas que el Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: atención gratuita y especializada de salud, el acceso gratuito a medicinas; fomentará el desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social, así como, la protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones y la protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

En lo que respecta a los hábitos alimentarios señalaremos que son la selección y elección de la cantidad, calidad, frecuencia y forma de preparación de los alimentos que consume un individuo, como respuesta de sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales.

Los hábitos alimentarios inadecuados contribuyen al deterioro del individuo, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante.

La nutrición, por lo tanto, juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional de los adultos mayores en relación a sus hábitos alimentarios.

En la provincia de Chimborazo no se han ejecutado proyectos similares, de ahí la importancia de realizar esta investigación. Precisamente la misma busca identificar los hábitos alimentarios que poseen los adultos mayores, diseñar una estrategia de intervención educativa con acciones de prevención, educación y comunicación con el fin de disminuir la predisposición a infecciones y enfermedades crónicas y de esta manera lograr la una mejor calidad de vida en la población objeto de estudio

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Diseñar estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores del barrio Alacao en el período de enero a junio de 2016.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a la población de estudio según variables seleccionadas.
- Identificar los hábitos alimentarios en los adultos mayores.
- Determinar el conocimiento sobre los hábitos alimentarios en los adultos mayores.
- Identificar la posible relación entre el conocimiento sobre los hábitos alimentarios adecuados, los hábitos alimentarios y las variables sociodemográficas y clínicas seleccionadas.
- Diseñar estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados en los adultos mayores.

#### **1.4 Hipótesis**

Existe relación entre los hábitos alimentarios, el conocimiento sobre hábitos alimentarios adecuados y el sexo, la edad, el estado conyugal, nivel de instrucción, el estado nutricional y el uso de prótesis dental total o parcial en los adultos mayores de la comunidad Alacao.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del problema

**Cuevas González**, en el año 2009 en Guaranda realizaron la tesis titulada “Propuesta educativa en alimentación y nutrición para los beneficiarios del programa de vidas móviles localidad de ciudad Bolívar”, tuvo por objeto Diseñar una propuesta educativa en alimentación y nutrición para la población beneficiaria del programa de Vidas Móviles que dé respuesta a las necesidades identificadas, permitiendo la toma de decisiones correctas en el auto-cuidado. El presente trabajo no contiene discusión de resultados debido a que no se llevó a cabo la ejecución de las actividades, sólo se llegó hasta la fase de formulación de la propuesta educativa. Este punto será desarrollado en la medida en que se realicen las intervenciones con la población. Donde se concluyó que la situación de Inseguridad Alimentaria y Nutricional de la población beneficiaria del programa Vidas Móviles está reflejada por las problemáticas de: malnutrición, hábitos alimentarios y estilos de vida inadecuados, inequidad en la distribución en la compra de alimentos, falta de la lactancia materna exclusiva y malos hábitos higiénicos. Las problemáticas encontradas se relacionaron a través de una matriz con sus manifestaciones, los factores causales y el impacto en alimentación y nutrición, lo cual permitió diseñar los planes educativos que incluyen las estrategias metodológicas, los objetivos, la descripción de la actividad y la evaluación. Se diseñaron cinco planes de actividad con las estrategias educativas para abordar las problemáticas los cuales son: “A uno sólo tiene que conocer. Venga y sepa el secreto del buen comer”, “Combatir a los enemigos silenciosos: el sobrepeso y la obesidad”, “Mercado económico: más nutritivo y saludable”, “De los cero a los seis meses, no hay vaca que valga” y “Una clave y siete pasos los combatirán y a tu casa nunca entrarán”, los cuales están basados en la creatividad y la acción participativa de la población. (Cuevas González, Elena Marcela, 2009)

**Alba y Mantilla**, en el año 2014 realizaron la tesis titulada “Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. 2012 – 2013”, donde el objetivo general fue evaluar el estado nutricional, los hábitos alimentarios y de actividad física de los adultos mayores del Servicio Pasivo de la Policía Nacional de la ciudad de Ibarra, la metodología fue un estudio descriptivo de corte transversal. La población de estudio fue de 90 adultos mayores 48 hombres y 42 mujeres del Servicio Pasivo de la Policía Nacional de Ibarra. No se calculó muestra, puesto que se trabajó con todos los adultos mayores que conforman este grupo. Las conclusiones fueron: La mayoría de los adultos mayores del servicio pasivo de la policía nacional sede Ibarra son de género masculino, con un nivel de educación primario, los cuales se dedican a trabajar como taxistas en el caso de los hombres, mientras que las mujeres se dedican a los quehaceres domésticos. Todos son jubilados, a pesar que reciben un mensual los adultos mayores ven la manera de obtener ingresos económicos para mejorar su calidad de vida. El 13% de los adultos mayores presento riesgo de desnutrición o bajo peso, y el 36,7 % presento riesgo de sobre peso y obesidad. Según la medición de la cintura, que mide riesgo de enfermedades cardiovasculares, se encontró que más del 55% tienen riesgo aumentado de sufrir estas enfermedades. En la relación a los hábitos alimentarios se encontró que la mayor parte de adultos mayores comen tres veces al día, distribuidas en las principales desayuno, almuerzo y merienda, hábito que en las ciudades grandes está desapareciendo por los nuevos estilos de vida que obligan a las personas a desarrollar nuevos hábitos y/o comportamientos que se adaptan al desarrollo de un país. Así mismo el 68,9% de los adultos mayores tienen como hábito preparar y consumir los alimentos en el hogar. A pesar de los cambios que se producen en esta etapa de la vida la mayoría de los adultos mayores del servicio tienen un apetito normal, mientras que el resto de los adultos mayores su apetito se encuentra disminuido debido a la soledad. El 50% de los adultos mayores tienen horarios irregulares al momento de consumir las preparaciones, a pesar de las patologías que presentan, donde los horarios y las fracciones juegan un papel muy importante para evitar se compliquen las enfermedades presentes. Es bajo el consumo de alimentos de origen animal, sobre todo el consumo de carnes ya que apenas el 10% de ellos consumen 1 vez todos los días, mientras que el consumo de huevos es un poco más consumido ya sea por el precio y por la facilidad de adquisición y preparación. Los hábitos alimentarios de



los adultos mayores se basan en un alto consumo de alimentos fuentes de carbohidratos como harinas, bajo consumo de frutas y verduras. Así mismo hay un consumo extra de sal en las preparaciones y un bajo consumo de líquidos. El 36% de los adultos mayores presenta riesgo nutricional, son más propensos a sufrir un desequilibrio en su salud física y mental, además el 66,7% presentan algún tipo de patología relacionada con los hábitos alimentarios poco saludables. El 43,3% de los adultos mayores del servicio pasivo de la policía nacional de Ibarra son sedentarios, el resto son activos. Sin embargo, estas actividades son cotidianas, leves muy pocos tienen hábitos de actividad física moderada. Los adultos mayores del servicio pasivo de Ibarra tienen hábitos alimentarios poco saludables, realizan poca actividad física y la mayoría de ellos tienen enfermedades crónicas. (Darwin Alba y Silvia Mantilla, 2014)

**Rodríguez**, realiza un estudio de tipo descriptivo y transversal en una muestra de 50 pacientes con Hipertensión Arterial de ambos sexos y de edades comprendidas entre 65 y 80 años, internados en el Policlínico PAMI II. El objetivo fue conocer los hábitos alimentarios de los adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Utilizó como instrumento la entrevista personalizada y un formulario para analizar los hábitos alimentarios y frecuencia de consumo de los alimentos. Como resultados del estudio se encontró en primer lugar que un 52% (26 pacientes) eran del sexo femenino y un 48 % (24 pacientes) del sexo masculino, en cuanto al consumo de lácteos el 96 % (48 personas) consumen lácteos y solo un 4 % (2 personas) no consumen, en cuanto a la frecuencia del consumo de los lácteos de un total de 48 personas, lo hacen 2 veces al día el 92% y 1 vez al día el 8%. El 100% de la población (50 personas) consumen uno o varios tipos de carne con una frecuencia de 30% consumen 2 veces por día, el 52% consume 1 vez por día, el 16 % consume 3 veces por semana y el 2 % una vez a la semana. Refiriéndose al consumo de verduras del total de la población hipertensa el 92% (46 personas) consumen y solo el 8 % (4 personas) no consumen. Así mismo en relación al consumo de frutas el 94% consume frutas y el 6 % restante no consume. De acuerdo al consumo de legumbres, del total de la población hipertensa el 74 % (37 personas) consumen y el 26 % (13 personas) no consumen. El 82 % de las personas (41 personas) consumen productos con contenido de harina de trigo como el pan y el 18% (9 personas) no lo consumen. Respecto al consumo

de gaseosa del total de la población el 58 % consume y el 42 % no la consume .Los pacientes con hipertensión arterial ,en su mayoría manifiestan hábitos alimentarios inadecuados para su patología ,desconociendo las consecuencias que esto trae aparejado. (Rodríguez Vanesa , 2012)

**Baute**, en el año 2012, realiza en el Centro de Jubilados y Pensionados de Roldan ,Provincia Santa Fe ,Argentina ,para la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Abierta Interamericana , un estudio investigativo titulado : Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional del adulto mayor ,de tipo cuantitativo ,observacional, descriptivo y transversal ,la población objeto de estudio fueron los adultos mayores que durante el período de mayo- junio de 2012 concurren al centro de pensionados y jubilados ,se conformó una muestra de 50 adultos mayores, de ambos sexos, se les aplicó una encuesta nutricional con el fin de recopilar los datos necesarios sobre los hábitos alimentarios de cada geronte en particular, y se incluyó un cuadro de frecuencia a fin de obtener mayor precisión sobre los hábitos alimentarios de los adultos mayores ,se realizó la evaluación del estado nutricional ,y se calculó el índice de masa corporal. Tras la realización de este trabajo de investigación, se pudo determinar que el 72% de la población pertenece al sexo femenino y el 28 % restante al sexo masculino. Así mismo se observó que la mayor parte de los adultos mayores, presentan una edad de 70 y 75 años. Del total de encuestados el 72 % presentan dentadura postiza y de ellos el 16 % presenta alguna dificultad para comer. EL 52 % realizan 4 comidas al día. El estado nutricional se evaluó obteniéndose los siguientes resultados: el 50 % se encontró en un peso normal, el 22 % en sobrepeso y el porcentaje de encuestados con obesidad y peso insuficiente es similar, 12 y 16 % respectivamente. También se observó ,que del grupo de alimentos lácteos y derivados ,lo que consumen la mayoría de los encuestados son leches y quesos ,cubriendo en parte proteínas completas y calcio ,el 100 % utiliza aceites todos los días , lo mismo ocurre con los vegetales ,los huevos mayormente lo consumen una o dos veces por semana ,se pudo observar que la mayoría de los encuestados consume arroz ,pastas cuatro veces por semana ,respecto al pan la mayoría consume todos los días y una menor proporción nunca consume , respecto a las frutas la mayor parte de los encuestados consume frutas (96 %). Dentro del grupo de líquidos, la mayoría de los

encuestados consumían agua todos los días y aguas saborizadas y gaseosa nunca. En cuanto a los jugos la mayoría nunca consume aunque existe un pequeño porcentaje que lo consumen todos los días. El 50 % ingiere cerca de 1 litro de líquido por día, observándose que no cubren las necesidades nutricionales con respecto a la ingesta de agua diaria indicada y el 34 % consumían 2 litros de líquidos por día. (Romina Baute, 2012)

**Cornatosky , Barrionuevo , Rodríguez y Zeballos** en el 2009 llevó a cabo en el marco de una investigación sobre Alimentación y Estilos de vida en relación a Enfermedades Crónicas no Transmisibles un estudio titulado : Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina, donde describe los hábitos alimentarios en una población de adultos mayores de la Región Este (RE) y Región Oeste (RO) , se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal en una muestra aleatoria (n=135) de adultos mayores (60-79 años) de ambos sexos. Para recolectar la información sobre hábitos alimentarios se construyó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA) cualitativo de una serie seleccionada de alimentos protectores y de riesgo, asociados a ECNT. La frecuencia se cuantificó mediante el cálculo de proporciones con nivel de significación de 0,01. En cuanto a las características generales de la población, se encontró la edad promedio de los adultos mayores de la Región Este  $69,3 \pm 5,0$  años y  $70,2 \pm 5,1$  años en la Región Oeste. Respecto a las frecuencias de consumo para alimentos protectores, con sus correspondientes intervalos de confianza (IC 99%) cereales y pastas: encontró que en ambas regiones predomina el consumo moderado (RE= 62% y RO=61%), siendo los más utilizados los fideos y el arroz. El consumo del pan francés: mostró una frecuencia alta en ambas regiones (RE=60% y RO 63%) , respecto a las legumbres: el 55% de los AM de la RO y el 42% de la RE consumen porotos, lentejas y garbanzos una vez por semana, referido a los vegetales: en general el colectivo del Oeste mostró mayor frecuencia de consumo diario para todos los grupos de vegetales mientras el consumo de frutas frescas (naranjas, mandarinas, duraznos, peras, manzanas) es bajo en ambas regiones. La leche descremada se encontró que en ambas regiones el consumo es alto, el consumo diario de carne de vaca. Magra no mostró diferencia significativa entre las regiones (RE= 42%; RO= 26%) ( $p=0,0524$ ), las carnes de ave (pollo o gallina) se consumen de 2 a 3 veces por semana en ambas regiones y de manera similar (RE=51%;

RO=46%) El consumo de pescados enlatados mostró baja frecuencia en ambas regiones (RE= 51%; RO= 61%) Aceite oliva: el hábito y frecuencia de consumo está poco instalado entre los pobladores: no lo consumen el 89% de la RE y el 76% de la RO. Los huevos: en ambas regiones lo consumen de 2 a 3 veces por semana en forma de tortillas y revueltos (RE= 40% y RO= 50%).La leche entera: el 20% de los AM de ambas regiones declararon un consumo moderado; no encontrándose diferencias significativas entre regiones. El azúcar, dulces, pasteles: las frecuencias de consumo diario no muestran diferencias significativas entre las regiones estudiadas; a pesar que la elaboración artesanal de dulces, pasteles y roscas forma parte de la tradición local. El consumo de manteca, mayonesa: la frecuencia de consumo de este rubro de alimentos es moderada en ambas regiones sin diferencias significativas. La frecuencia de consumo diario de gaseosas: es ligeramente superior en la RO (39%) que en la RE (24%). Como conclusión plantean que la caracterización de la alimentación del adulto mayor, ha adquirido relevancia en los últimos años, en relación a futuras estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas. Dos prácticas de análisis se han establecido: una de “descomposición” de los constituyentes de la dieta que trata de evaluar el efecto biológico, específico de los alimentos y/o nutrientes; y la otra “integrativa” que parte de la premisa que en la dieta de la población cientos de nutrientes y componentes químicos interactúan entre sí debiendo estar en balance para lograr un óptimo efecto biológico sobre la salud. La valoración de la ingesta de alimentos, en cualquier población es difícil de realizar y está considerada como uno de los mayores problemas metodológicos de la epidemiología nutricional. (Cornatosky MA, Barrionuevo OT, Rodríguez NL y Zeballos JM , 2009)

**Sánchez Ruiz, De la Cruz Mendoza, Cereceda Bujaico y Espinoza** pertenecientes a la Escuela Académico Profesional de Nutrición, Facultad de Medicina, UNMSM. Lima, Perú, en el 2011 realizó una investigación con el objetivo de determinar la asociación de los hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico (NSE) de los adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en el Programa Municipal del Adulto Mayor en cuatro distritos de Lima Metropolitana. Se incluyó a personas mayores de 60 años de ambos sexos. Se determinó el peso y la talla .Se les aplicó una encuesta sobre hábitos alimentarios y otra para establecer

el nivel socioeconómico, ambas previamente validadas. Principales resultados: El estado nutricional según índice de masa corporal, hábitos alimentarios adecuados según recomendaciones y nivel socioeconómico según categorías de la Escala de Graffar. Se encontró una prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesidad (19,1%). Más de 60% presentó hábitos alimentarios inadecuados respecto al consumo de carnes (65,2%), lácteos (78,3%), menestras (87,8%), frutas y verduras (64,3%). Los adultos mayores se ubicaron principalmente en el NSE medio bajo (37%) y en el NSE medio (33%). El estado nutricional no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el NSE ( $p=0,629$ ), mientras que para los hábitos alimentarios, se observó asociación con el NSE respecto al consumo de carnes ( $p=0,003$ ), cereales y tubérculos ( $p=0,038$ ) y de frutas y verduras ( $p=0,001$ ). Concluye que en los sujetos de estudio se evidenció asociación entre los hábitos alimentarios con el NSE, pero no así para con el estado nutricional. (Fiorella Sánchez-Ruiz, Flor De la Cruz-Mendoza, María Cereceda-Bujaico, Sissy Espinoza-Bernardo, 2011)

**Herrera Santí, Martínez García y Navarrete Ribalta** pertenecientes a la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. Realizaron un estudio de Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor de septiembre 2009 a enero del 2010. Las mismas plantean que el incremento de la población longeva impone un reto al sistema de salud de identificar factores que contribuyan a incrementar la calidad de vida de este grupo etario. Se propusieron como objetivos mostrar los resultados de una estrategia de intervención para mejorar los niveles de calidad de vida, en adultos mayores. Se realizó una investigación con diseño prospectivo longitudinal y métodos cualitativos y de investigación acción en una muestra de 20 adultos mayores de un universo de 36 que asistieron al Taller de Transformación Integral, en Alamar, Municipio Habana del Este. Encontrándose como principal resultado que se elevaron los niveles de calidad de vida en la mayoría de los adultos mayores estudiados, así como cambios importantes y favorables en la autoestima que antes de la intervención predominaban los niveles medio y bajo (55 % de los casos) y una vez concluida la misma se observó que esta se elevó a niveles medio y alto en el 80 % de los casos y en los estilos de vida con riesgo para la salud (evalúa 7 áreas: condiciones físicas, hábitos alimentarios, hábitos tóxicos, sexualidad, autocuidado y cuidado médico, tiempo libre y estado emocionales) el 80 % de los casos en estudio presentaban antes de la

intervención estilos de vida con riesgo. Después de la misma se observó un cambio en los estilos de vida, presentado el 80 % un estilo saludable. Como conclusiones se mostró la eficacia del programa de intervención y su factibilidad. (Dra. C. Patricia María Herrera Santí; Lic. Nayeli Martínez García; MSc. Cristobalina Navarrete Ribalta, 2010)

**Álvarez Contreras**, en el 2015 en su estudio realizado sobre Valoración del Estado Nutricional de los Adultos Mayores que acuden al Centro Gerontológico “Árbol De Sueños” de la Ciudad De Guayaquil, Ecuador durante el período mayo-agosto 2015 con una propuesta de un plan alimentario, estudio que posee un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo, No Experimental, la población fueron 30 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Árbol de Sueños” de la ciudad de Guayaquil, dentro de un rango de edad de 65 a 95 años de edad, de clase media-media alta , se recopiló información mediante diferentes técnicas de investigación como: Observación directa de campo, entrevista, encuesta y medición. De los 30 adultos mayores evaluados dentro de este estudio, el 3% correspondía al sexo masculino, y en mayor porcentaje (97%) eran mujeres, en cuanto a los resultados de los antecedentes patológicos personales de los Adultos Mayores, muestran que la patología con mayor predisposición en los pacientes entrevistados es la Hipertensión Arterial, presente en 15 individuos representando el 50% de la población, seguido de la Diabetes presente en 6 individuos o el 20% y en tercer lugar está la Osteoporosis presente en 4 individuos o el 13% de la población , entre la población encuestada se encontró que el 100% de la población no consume alcohol ni tabaco desde hace al menos 10 años, en el caso del consumo de café los resultados fueron distintos, el 73% de los encuestados indicaron consumir café al menos 1 vez al día, principalmente como hábito de desayuno , la media de IMC de los 30 adultos mayores evaluados, es de 25,9 kg/m<sup>2</sup>, esto significa que el promedio de IMC de la población evaluada, tiene un IMC de más de 25 que equivale a sobrepeso y obesidad. Se observa un valor mínimo de 16,78 y un máximo de 39,64. Como resultado de la encuesta de riesgo nutricional según los hábitos alimentarios de los adultos mayores, se encontró que de 30 personas, ninguna de ellas se encontraba sin riesgo nutricional, 3 personas presentaron riesgo nutricional moderado y 27 individuos presentaron riesgo nutricional alto, habiendo alcanzado un puntaje mayor a 6. Como conclusión se encontró que una pequeña cantidad de adultos mayores presentó signos de

desnutrición, la mayoría de ellos presentaron sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, y un elevado riesgo a sufrir diversas afecciones cardiovasculares, considerándose éstas las patologías que más prevalecen en este grupo poblacional. Con este estudio se pudo concluir que el estado nutricional de los Adultos mayores en el Centro Gerontológico es inadecuado, y que la elaboración de un plan alimentario para cada estado nutricional diagnosticado, puede contribuir no solo a mejorar la salud y la nutrición de ellos, sino también mejorar su calidad de vida. (Valentina María Álvarez Contreras, 2015)

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 El envejecimiento**

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial en la historia de la humanidad. En las últimas décadas se han producido una serie de cambios importantes en cuanto al envejecimiento, principalmente por una fuerte reducción de la natalidad y como factor importante la disminución de la tasa de mortalidad, por tal razón los ancianos son una parte considerable de la población total. (González, Sancho et al., 2000)

Los avances en medicina, mejores condiciones higiénicas, adquisición de hábitos y conductas más saludables, la mejora de la nutrición y de las condiciones de vida, y un ambiente físico más sano, han hecho que la esperanza de vida haya aumentado, y con ello la población de los adultos mayores. (Harris, 2001)

La mayoría de las personas mayores de 65 años se consideran con buen estado de salud; sin embargo los inadecuados hábitos alimentarios llevan a la malnutrición, siendo una enfermedad más frecuente de lo que se diagnostica, entre un 3% y un 30% de los ancianos están malnutridos (Gil; Ramón y Subirá, 2001) y cuando analizamos adultos mayores, la prevalencia asciende hasta casi el 60%, todas están basadas en los malos hábitos y conductas alimentarias. (De Alba et al., 2001)

### **2.2.1.1 Aspectos generales sobre la vejez**

En la actualidad existe una serie de mitos en cuanto a la vejez y a las personas que se encuentran en esta etapa de la vida. En nuestros días el ser adulto mayor, viejo, anciano, es sinónimo de aburridos, inútiles, estorbos; pero esta visión, en relación al envejecimiento, no siempre ha sido la misma. (Inmaculada, 2003)

A lo largo de la historia, se observa que a través de diversos autores el concepto de envejecimiento se ha modificado en función de factores demográficos, económicos, culturales, religiosos; tomando en cuenta que influyen elementos diversos como el clima, la riqueza, las ideas religiosas y filosóficas. (Inmaculada, 2003)

Los ancianos no siempre han tenido la misma valoración, ya que a través de la historia se se ha dado varios criterios hacia los ancianos, por una parte se encuentra el reconocimiento a su sabiduría y experiencia, y por la otra, la decadencia y el desagrado. Aunque muchas veces la edad se asocia con la experiencia y conocimiento, en la que los ancianos eran personas respetadas capaces de transmitir su sabiduría y de dar consejos a los más jóvenes, también estaban asociados con la pérdida de belleza y agilidad, considerados como estorbos e inútiles. (Inmaculada, 2003)

En los pueblos nómadas, para conseguir los alimentos y para defenderse se da mucha importancia a la condición física. Si no era buena contemplaban al anciano como una carga, este podía ser abandonado para que muriera o buscaran ellos mismos la muerte. (Inmaculada, 2003)

Por otro lado, la vejez solía tener un mayor poder en las sociedades jerárquicas y rígidas como en China, país en donde los ancianos han sido más venerados y respetados a través de la historia de la humanidad. Su edad, sabiduría y experiencia explican el papel político que desempeñaban en las sociedades antiguas de Oriente. (Inmaculada, 2003)



También en la biblia se les menciona como defensores de los intereses de la comunidad. Hacia 700 años antes de Cristo. (Inmaculada, 2003)

En la cultura prehispánica, los incas poseían una estructura jerárquica muy rígida y entre ellos los ancianos alcanzaban un número y relevancia considerables. (Inmaculada, 2003)

Se establecían categorías acordes a la aptitud y estado físico. En esta sociedad fuertemente jerarquizada y al servicio del Gran Inca, todos contribuían en la medida de sus posibilidades. (Inmaculada, 2003)

En el Renacimiento se piensa con más frecuencia en un retiro digno a partir de cierta edad, pero solo se lo pueden plantear las clases sociales acomodadas, ya que los pobres se ven forzados a la mendicidad. (Inmaculada, 2003)

En la edad Contemporánea durante los siglos XVIII y XIX mejoran las condiciones de vida con el consiguiente incremento de la longevidad, pero llega la Revolución Industrial y el éxodo rural, lo que repercutió negativamente en los ancianos. (Inmaculada, 2003)

En la producción industrial se introducen criterios de rendimiento donde no podían competir al no ser capaces de soportar el ritmo de trabajo impuesto, aunque se implantan las condiciones para jubilaciones a partir de edades determinadas, sin embargo en el mundo rural y agrícola la jubilación no existe si no que se produce un abandono progresiva y un traspaso de funciones según sus capacidades físicas e intelectuales. (Inmaculada, 2003)

Ya en pleno siglo XX se les mantiene relativamente aparte, se les percibe como personas que ya no tienen nada que aportar a la sociedad, y por lo tanto, son excluidos de la misma, se evita hablar de vejez y se prefieren expresiones como “adultos mayores”, “tercera edad”, “cuarta edad”. (Inmaculada, 2003)

El panorama mencionado da cuenta que a lo largo del tiempo han existido diferentes concepciones sobre el envejecimiento, pero hoy en día los avances científicos y

tecnológicos han dado pie a un gran cambio en la sociedad; la situación de los adultos mayores es muy diversa, dependiendo el país y de sus políticas sociales, ya que la situación no es la misma en los países desarrollados que en los países subdesarrollados. (Inmaculada, 2003)

Así mismo su integración en la sociedad va a diferir dependiendo del medio del que proceda ya sea rural o urbano, por tales razones los adultos mayores no son un grupo homogéneo ni igual, su creciente integración en la vida social resulta muy positiva y enriquecedora, pues aportan conocimientos y experiencia. (Inmaculada, 2003)

Es necesario resaltar que el envejecimiento poblacional está ocurriendo como un fenómeno global con consecuencias variadas a través de los países del mundo, habiéndose iniciado en países desarrollados y ocurriendo en el futuro con mayor velocidad en los países en vías de desarrollo. (Miguel Krassovitch, 2001)

“El envejecimiento es un proceso individual y a la vez colectivo, en el sentido de que se produce en el individuo, pero es condicionado por la sociedad, por la calidad y por los modos de vida”. (Miguel Krassovitch, 2001)

El envejecimiento se considera como el conjunto de modificaciones morfológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, que origina el paso del tiempo. (Cervera, 2003)

Condiciona una pérdida de la reserva funcional y de la capacidad de adaptación general del ambiente. (Cervera, 2003)

Parece ser que la máxima duración de la vida humana está entre los cien años, dependiendo de diversos factores. (Cervera, 2003)

Entre los antecesores longevos, el sexo femenino y la raza; como llevar una vida ordenada, la higiene correcta, el ejercicio moderado, hábitos de alimentación adecuada y el clima benigno. Por el contrario, la vida sedentaria, los climas extremos, los excesos alimentarios,

una higiene personal y ambiental deficiente, el estrés, el alcohol, el tabaco, y tóxicos pueden influir acortando y perturbando el modo de vivir la vejez. (Miguel Krassovitch, 2001)

Cuando se trata de explicar el envejecimiento, es difícil compaginar las teorías e investigaciones a nivel molecular y celular, con lo que ocurre a nivel corporal. (Miguel Krassovitch, 2001)

Se postulan factores de regulación genética; la acción de los radicales libres de oxígeno; el acumulo de metabolitos de desecho; las alteraciones en el conjuntivo o en el número y estructura de las células de los distintos órganos; trastornos de la inmunidad. (Miguel Krassovitch, 2001)

#### **2.2.1.2 Proceso de envejecimiento.**

El envejecimiento es un fenómeno que comienza en la concepción y culmina con la muerte (Harris, 2001)

Se caracteriza por ser un proceso progresivo, intrínseco y deletéreo, que acontece en todo ser vivo con el paso del tiempo. (Hoyl, 2003)

Desde el punto de vista funcional, se define envejecimiento cuando se han producido un 60% de las modificaciones fisiológicas atribuibles a la edad. (Hoyl, 2003)

Sin embargo, desde el punto de vista fisiológico, se define como aquella situación en la que hay una evidente capacidad disminuida para mantener la homeostasis. (Mataix y Rivero, 2002)

Además, es un proceso universal, que afecta a toda la población y al organismo, aunque no se produce a la misma velocidad entre los individuos, y cada órgano pierde de manera independiente su función, lo que hace que existan personas más envejecidas que otras a

pesar de tener la misma edad cronológica; incluso en un mismo anciano ciertos órganos y funciones se conservan mientras que otras se hallan más afectadas. (Guijarro et al, 2003)

### **2.2.2 Adulto mayor**

La Geriatria y la Gerontología están íntimamente relacionadas ya que comprenden el estudio del adulto mayor, en los diferentes aspectos como son: psicológico, biológico y social, la geriatría se centra en patologías asociadas a la vejez mientras que la gerontología se encarga de prolongar la vida y retardar la muerte por medio de la promoción y prevención de salud. (Burke y Walsh, 2008)

Se conoce como adulto mayor a un grupo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad, y se encuentran pasando por la última etapa de su vida. (Burke y Walsh, 2008)

Debido al incremento de adultos mayores, el INEC Ecuador (2010) ha realizado proyecciones a futuro, en el que establece que para el año 2025 la población adulta mayor incrementará de un 6.9% a un 9.3%, estas proyecciones han sido referentes para crear nuevas actividades de promoción y prevención de salud al adulto mayor. (Burke y Walsh, 2008)

El Manual de atención de adulto mayor establece que “el envejecimiento es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, no todas las personas envejecen de la misma manera, se describió que la calidad de vida y la funcionalidad está relacionados con los estilos de vida y geografía en que se ha desarrollado” (El Manual de atención de adulto mayor , 2010)

La vejez es un proceso normal del individuo el cual se caracteriza por la disminución del 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, produciendo un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad para presentar enfermedades crónicas y degenerativas. (El

Manual de atención de adulto mayor , 2010)

### **2.3 Marco jurídico**

La protección al Adulto mayor forma parte del programa del Ministerio de Salud Pública, es por ello que se creó el Manual de Atención Integral al Adulto Mayor con el fin de estandarizar, reglamentar la atención, para contribuir al mejoramiento de este grupo etéreo.

La actual constitución establece en el artículo 32 que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de los otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, vivienda, educación , cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir”.

En la misma constitución en el artículo 36 establece que “las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en el ámbito público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas “.

#### **2.3.1 Concepción de sujeto y las diferentes maneras de nombrar a la vejez**

Otras de las definiciones que ha tenido el Adulto Mayor a través de la historia son: anciano, viejo, tercera edad, segunda mitad de la vida, adulto mayor; cada uno de estos términos tuvo un contexto histórico y social que permitió su nacimiento. (Natalia Scolich , 2011)

Anciano: Es un vocablo traducido de la Biblia, que denota todos los atributos relacionados con la sabiduría, que los hebreos le asignaban a las personas mayores. (Natalia Scolich , 2011)

Pero actualmente en nuestra sociedad, a esta palabra se le otorga el significado de lo viejo. (Natalia Scolich , 2011)

Viejo: Viene del latín "vetulus", que significa de cierta edad, y también tiene que ver con

algo de denigrado. (Baver Marion , 2011)

Tercera Edad: El concepto nace en Francia en 1961, con el fin de mostrar la posibilidad de una nueva etapa por vivir, desarrollando una imagen de vejez activa, autónoma e insertada socialmente. Este concepto está relacionado con la incorporación de los adultos mayores a nuevas políticas sociales, en el período de desarrollo del estado de bienestar. (Baver Marion , 2011)

Segunda mitad de la vida: Este concepto nació en Estados Unidos y responde a una perspectiva ética y se enmarca dentro de la nueva división de los roles, que suceden en este período de la vida. Tiene en cuenta la posibilidad de implementar nuevos proyectos personales y la posibilidad de vivir de una manera más distendida y relajada. (Baver Marion , 2011)

Geronte: Es un término que se utiliza para designar a aquellas personas que ya se encuentran en lo que se conoce normalmente como “tercera edad”. La palabra Geronte proviene del idioma griego, en el cual el término gerón significaba “anciano”. (<http://www.definicionabc.com/social/geronte.php>, 2016)

Si bien el concepto de Geronte no se utiliza tan comúnmente en el lenguaje oral e informal, es esta palabra la que da origen a otras palabras relacionadas tales como geriátrico, lugar donde residen los ancianos. (Natalia Scolich , 2011)

Adulto Mayor: Nace con la intención de ser la síntesis del paradigma social actual que asocia el compromiso con el descanso y reposo. Esto se refiere a la posibilidad de conjugar el ocio con la capacidad de decidir, crear, producir y elegir, que determina la autonomía de una persona. (Natalia Scolich , 2011)

### **2.3.2 Principales cambios físicos y orgánicos del adulto mayor**

Entre los principales cambios que se dan en este ciclo de vida está la disminución de la

estatura, debido a que los discos que se encuentran entre las vértebras se encogen igual que los músculos que mantienen la postura erecta, sobre todo cuando en nuestra vida hemos adoptado posturas inadecuadas. (Polo, 2008)

- El cabello se adelgaza, pierde su color, se vuelve canoso y se cae.
- Aparecen las arrugas, ya que se pierde tejido adiposo que está bajo las capas superiores de la piel y por la exposición al sol durante muchos años.
- Los huesos tienden a perder calcio y a tornarse más frágiles y los músculos pierden tono muscular volviéndose flácidos y débiles. (Polo, 2008)
- El colágeno, que es un tipo de tejido conjuntivo que permite el movimiento, pierde su capacidad de estirarse y dar de sí, por lo que los ancianos no pueden realizar bien sus movimientos, sobre todo de las rodillas y caderas. (Polo, 2008)
- El sueño de los ancianos se hace menos placentero y confortable por lo que la mayoría de ellos cambian sus horarios, durmiendo largas horas en el día y estando despiertos durante la noche. Esto se relaciona también con la inactividad y aburrimiento que tienen durante el día. (Polo, 2008)

Por otro lado, las funciones vitales también pierden capacidad. La respiración se vuelve difícil, porque se requiere de un esfuerzo mayor para introducir y expeler el aire, lo que provoca cansancio y es uno de los problemas más severos, ya que de ahí se desprenden problemas cerebrales y mentales por la falta de oxígeno en el cerebro. (Polo, 2008)

El sistema cardiovascular también sufre cambios, debido a que las arterias se hacen más estrechas y menos flexibles, problema que aumenta con el colesterol, el tabaco y que puede provocar hipertensión, infartos, parálisis y accidentes cerebrovasculares. (Polo, 2008)

Otro de los sistemas que se ven muy afectados es el urinario, ya que la capacidad de la vejiga se reduce y hay una menor percepción a la necesidad de orinar, lo que ocasiona constantes infecciones o falta de retención. (Polo, 2008)

El sistema nervioso central, también disminuye sus funciones ya que las células cerebrales crecen y envejecen con nosotros y en el transcurso de la vida, se pierden millones de ellas y no son reemplazadas como sucede con las células de otras partes del cuerpo, lo que hace que las señales bioquímicas y eléctricas del cerebro disminuyan considerablemente. (Polo, 2008)

Los órganos de los sentidos, la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto, cambian con la edad, de ahí que las personas mayores, necesiten lentes, aparatos auditivos, pierdan o cambien su gusto por ciertos alimentos y sufran más de frío, aún en temporadas de calor. (Polo, 2008)

En cuanto a los cambios psicológicos, encontramos los siguientes. Trastornos de personalidad; ocasionados por el aislamiento de la sociedad, generándose sentimiento de soledad, con consecuencias afectivas emocionales. (Polo, 2008, pág. 19)

La marginación de la cual es presa la persona anciana, provoca sentimiento de inutilidad y angustia. La alteración temprana de la memoria, sobre todo la capacidad para retener nuevas cosas y para recordar acontecimientos recientes. Justificando el comportamiento del anciano al preferir refugiarse en el mundo de sus recuerdos. (Polo, 2008)

Aparece una necesidad de comunicación, la cual se manifiesta por una ansiedad de ser escuchados. El temor a la soledad. Tendencia a coleccionar cosas inútiles, simplemente por el sentimiento de posesión, cuando piensa que se le alejado de sus pertenencias. (Polo, 2008)

Síntomas depresivos e hipocondriacos, como medios psicológicos para defenderse contra el miedo a la muerte y soledad, tratando de llamar la atención de las personas que lo rodean. (Polo, 2008)

Respecto a los cambios sociales en la vejez, es una etapa que es vista como lo peor que le puede suceder al ser humano, prácticamente representa la desvinculación con su vida



cotidiana y su medio social, estereotipándose con una connotación negativa, es decir; el envejecimiento, como proceso de decadencia, de deterioro, de pérdida de facultades y de contactos sociales, que predominan aún hoy en día. (Polo, 2008)

La persona que entra a la etapa de envejecimiento, es presa de muchas situaciones de índole social; considerado: deficiente, improductivo y hasta irresponsable en la actual sociedad, para la productividad. (Polo, 2008)

Provocando que el anciano sea visto inútil, aislado, achacoso y dependiente. A nivel social, el anciano representa una carga para el Estado y si le aunamos que se ha incrementado el promedio de vida, oscilando actualmente entre los 70 y 75 años, y con ello un gran porcentaje de población senecta, que pide y demanda un lugar dentro de la sociedad, donde pueda desarrollarse y valerse por sí solo de acuerdo a sus capacidades y limitaciones como ser humano. (Polo, 2008)

En conclusión, se considera que el envejecimiento es un proceso de cambios y transformaciones graduales que se dan a lo largo de la vida del ser humano, el cual depende de factores propios del individuo y de factores ajenos a él, está caracterizado por una pérdida progresiva de los recursos físicos u orgánicos, psicológicos, mentales o cognitivos y sociales del sujeto; y por último se puede decir, que es un proceso continuo, heterogéneo, individual, universal y sobre todo es irreversible. (Polo, 2008)

### **2.3.3 La vejez y las enfermedades**

Las enfermedades en la vejez presentan algunas características distintas a las de los adultos mayores, derivadas de la limitada capacidad psicofísica y el cúmulo a través de los años, de secuelas y factores de riesgo (Cervera, 2003, pág. 12)

Es innegable, que muchas enfermedades crónicas que se empiezan a desarrollar desde jóvenes por los hábitos y el estilo de vida, llegan a su clímax de manifestación en la edad adulta y con mayor razón en la vejez. (Cervera, 2003)

Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos, ni mentales, todo depende del cuidado que mantenga previamente una persona. El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de una buena salud. (Cervera, 2003)

Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si estas etapas se viven al máximo con cuidado y prevención, se puede conservar un buen estado de salud, de forma óptima, en la última etapa de la vida. (Cervera, 2003)

Con los avances de la ciencia y la tecnología médica, no solamente se ha logrado mejorar la calidad de vida relacionada a la salud de la mayoría de las personas, sino también identificar y controlar enfermedades que antes eran mortales y afectaban a grupos de población joven y en edad productiva. (Cervera, 2003)

Todavía existe un gran porcentaje que presenta una o varias enfermedades, sobre todo de las conocidas como crónicas degenerativas, que van ocasionando una disminución de las capacidades y funciones hasta que la persona se vuelve dependiente de los demás. (Cervera, 2003)

Las enfermedades recurrentes de la población anticipan o aceleran el proceso de senectud por el deterioro orgánico que producen.

Cada adulto mayor vive su vida en un equilibrio integrado, en el que intervienen junto a la salud, todas sus capacidades físicas, funcionales y mentales; las actividades que realiza; la situación sociocultural, religiosa y económica; las relaciones con sus familiares, hábitos y los proyectos para su futuro. (Cervera, 2003)

### **2.3.4 Bienestar y calidad de vida del adulto mayor**

El bienestar es un tema complejo en el cual existe una falta de acuerdo en su delimitación conceptual, lo que se debe entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada

en muchos casos por su carácter temporal y a una diversidad de enfoques, lo que no ha permitido aún llegar a un consenso en cuanto a su conceptualización y medición. (García y Hombrados, 2002)

Barros sostiene que el bienestar es “la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Se sostiene que el estado de bienestar experimentado por las personas depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas. (Barros, 2004, pág. 123)

Teniendo en cuenta que esto sucede dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros de ella”

Factores asociados al bienestar del adulto mayor sostienen que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones socialmente significativas; es decir, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital, de lo contrario se vivirá como una fase de declinación y aislamiento social del adulto mayor. (Krzeimen, 2001)

En la actualidad, aunque cada día se evidencia un mayor consenso a la hora de definir la calidad de vida, en la realidad, aún no existe una unidad total de criterios. Hay quien define la calidad de vida como una entidad unitaria y otros, como una entidad multidimensional. (Krzeimen, 2001)

Robert Schalock quien la define como un “concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de calidad de vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”. Sobre la base de que la calidad de vida no es algo que pueda evaluarse como algo unitario, sino que afecta a diferentes áreas o dimensiones de la persona, propone un modelo de evaluación a través de indicadores específicos para cada dimensión. (Robert Schalock, 2011)

“Las dimensiones hacen referencia al conjunto de factores que componen el bienestar personal y que deberían ser entendidos como el ámbito sobre el que se extiende el concepto de calidad de vida.” (Cuesta & Hortigüela, 2007)

La OMS ha tratado de encontrar consenso internacional no sólo sobre la conceptualización del término sino también sobre sus dimensiones y evaluación. De este modo define la calidad de vida como: "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses." (Rebollo, Fernández y Ortega, 2001)

El término calidad de vida, su dialéctica y las dificultades en el proceso de operacionalización han favorecido que se le señalen problemas conceptuales, metodológicos e instrumentales. (Bayarre, 2003)

Para abordar el tema de calidad de vida, es importante recalcar la importancia que tiene esta; en las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo está influida directamente por los factores del entorno como la cultura, la historia personal, la ubicación sociocultural y geográfica donde se nace, etc. Y ese espacio es lo que le da a cada persona su manera de sentir la vida, sus expectativas, sus metas, sus deseos y que se relaciona directamente con la libertad. Es esa libertad la que diferencia el ser de cada persona. Desde esta perspectiva, no se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias individuales, sin considerar la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta y lo más importante sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas. (Bayarre, 2003)

Desde lo anterior, el concepto de calidad de vida es considerado como subjetivo y que a través de todo el mundo varía en la cultura en la cual se enmarque, en el espacio y en el tiempo; es una categoría que presume el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre. (Palacios, Castro y Reygadas, 2004)

### **2.3.5 Estado nutricional del adulto mayor**

Es el grado de adecuaciones de las características anatómicas y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros considerado normal, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes. El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y biológicos. (Sedó P, 2004)

Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Esto implica que debe ser de forma interdisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad. (Sedó P, 2004)

Las necesidades de nutrientes del adulto mayor no difieren considerablemente respecto a las de adultos más jóvenes. Si se comparan los requerimientos energéticos de adultos entre 18 y 65 años y los mayores de 65 años, la diferencia no supera las 500 Kcal, a favor de los primeros; lo cual corresponde al ajuste que se hace debido a cambios en el patrón de actividad física y a la disminución en los requerimientos de energía. (Sedó P, 2004)

El principal problema que se presenta en la atención nutricional de los adultos mayores es la mayor presencia de factores de riesgo, asociados a la situación de vejez, (reducidos ingresos económicos, más probabilidad de padecer una enfermedad crónico degenerativa, consumo de medicamentos que podrían afectar la disponibilidad de micronutrientes por parte del organismo, el edentulismo, patrones culturales relacionados con los malos hábitos alimentarios. (Sedó P, 2004)

### **2.3.6 Hábitos alimentarios**

Los hábitos alimentarios son el conjunto de conductas adquiridas por cada individuo, actos que se repiten por la selección, preparación y el consumo de los alimentos, éstos se caracterizan por las relaciones sociales, económicas y culturales de una población o región

determinada, también se conocen a los hábitos como costumbres adquiridos durante la niñez hasta la adultez. (Yamasaki, 2004)

Existen hábitos alimentarios adecuados e inadecuados, los inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, que contribuyen a una mayor predisposición a infecciones y enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida en el adulto mayor. (Yamasaki, 2004)

El mal estado nutricional y la falta de actividad física, influyen en la evolución de consecuencias como incapacidad por fragilidad, debilidad, y deterioros en la salud. (Restrepo, et. al., 2006)

En la alimentación del adulto mayor, se debe recomendar una dieta variada en alimentos que contenga leche, frutas, verduras, cereales y con poca sal, para asegurar la cantidad eficiente de energía, proteínas, calcio, zinc, vitamina A, vitamina C, ácido fólico y fibra, que se deben consumir diariamente que contribuyen a una buena salud. También se debe tener el consumo suficiente de líquidos para compensar el desbalance que se genera, ya que se produce la pérdida de sed, y se presenta la deshidratación. (Restrepo, et. al., 2006)

Del mismo modo, se debe asegurar la cantidad y calidad de grasas necesarias, lo cual equivale a no comer menos de lo recomendado sino escoger más grasa insaturada y menos grasas trans. (Lutz, et al., 2008)

En un estudio sobre los hábitos alimentarios de los adultos mayores se encontró que la mayoría consume tres comidas al día o más, sin embargo 8,2 % consume solo 1 o 2 comidas, lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización. Se identificó además, un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de alimentos fritos y una dieta poco variada además insuficiente, debido a que no alcanzaba a cubrir las necesidades de calorías y de nutrientes . (Lutz, et al., 2008)

La OMS (2007) recomienda reducir el consumo de sal, debido a la hipertensión e incremento de pérdida de calcio del tejido óseo y reducir el consumo de azúcar, ya que limita la absorción de otros nutrientes, se presenta un mayor número de adultos mayores que comen menos que antes, por edad y por sexo, ya sean por problemas de salud o falta de apetito, siendo las mujeres en mayor proporción. En este punto, es importante recalcar que a medida avanza la edad, disminuye la sensación de sabor, y por lo tanto el placer de comer y por ende disminuye la cantidad, agregando por otro lado que muchos comen solos o aislados, por lo que es un estímulo de comer menos. En el consumo, se conoce que la mayoría de la población de la zona urbana, come las tres comidas diarias, pero no se tiene la información sobre la calidad de las comidas. (OMS, 2007)

Los hábitos alimentarios son un conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. (OMS, 2007)

Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres. Se sabe que los hábitos alimentarios influyen en la ingesta de energía y nutrientes. Es así que en el año 2010, la ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares) revela que en el 21,8% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico y señala para Lima Metropolitana un 16%. (OMS, 2007)

Según Peña las poblaciones urbanas de diversos países han modificado sus hábitos alimentarios. En algunos sectores urbanos de bajos ingresos, la proporción de grasa en la dieta diaria experimentó un aumento considerable en los últimos 25 años. (OMS, 2007)

En Chile en el año 2006 se realizó un estudio en adultos mayores sobre los hábitos alimentarios y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en su salud, encontrando un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa; y aunque no precisa la cantidad de líquido ingerido, refiere que el 75% consume agua todos los días, señalando que dichos hábitos contribuyen a un proceso de mayor fragilidad en esta

población adulta mayor. (OMS, 2007)

Una alimentación adecuada juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, de allí la importancia de evaluar el estado nutricional, que en parte está determinado por los requerimientos y la ingesta de nutrientes, e influenciados por factores como el estilo de vida, la existencia de redes sociales y familiares, el estado de salud y las restricciones socioeconómicas. (OMS, 2007)

El estilo de vida de los adultos mayores unido a la pobreza, la poca disponibilidad de recursos, el aislamiento, malos hábitos alimentarios, enfermedades crónicas y degenerativas comprometen el consumo de alimentos y por ende su estado nutricional, afectando negativamente la funcionalidad del adulto mayor y reduciendo su calidad de vida .

En México, un estudio respecto a hábitos alimentarios realizado en personas mayores de 65 años de una comunidad suburbana, determinó que en general y sin distinción de sexo, existen inadecuados hábitos alimentarios así como un mal estado nutricional caracterizado en gran medida por la presencia de obesidad. (OMS, 2007)

Asimismo, un estudio realizado en Cuba en el año 2007 en 280 adultos mayores observó que aproximadamente la mitad de la población presentaba obesidad. Otro estudio realizado el mismo año en Cuba demostró en adultas mayores mujeres que un 50% de ellas eran obesas, presentando esta población problemas de sobrepeso y obesidad. (OMS, 2007)

La Organización Panamericana de la Salud promueve investigaciones nacionales que asocien las condiciones socioeconómicas de las familias y su estado de salud y nutrición, con el propósito de impulsar cambios en las políticas públicas de salud y nutrición conducentes a mejorar la equidad en el acceso a los servicios, la focalización y los esfuerzos públicos hacia los segmentos de mayor riesgo, los más pobres. Sin embargo, estas investigaciones se han orientado generalmente a las familias con niños menores de 5 años, pero aún no se tiene estudios de esta índole para los adultos mayores en nuestro país. Además, según el Instituto de Gerontología de nuestro país, son pocos los estudios



realizados en este grupo, y de los que existen, han sido realizados en adultos mayores institucionalizados u hospitalizados. (OPS, 2015)

Estudios realizados en Brasil y Chile concluyeron que los adultos mayores con menores ingresos familiares e inadecuados hábitos alimentarios poseían factores de riesgo en cuanto a su estilo de vida, como el menor consumo de vegetales frescos, disminución en el consumo de lácteos y ejercicios menos frecuentes, así como una mayor incapacidad funcional. Otro estudio en México concluyó que, para establecer el riesgo de desnutrición en el adulto mayor, es importante evaluar la situación económica y social, además de la información general de salud y las medidas antropométricas. (OPS, 2015)

Un estudio realizado en Cuba, en el año 2007, observó que aproximadamente la mitad de la población presentaba obesidad, y otro estudio encontró que 50% de la mujeres adultas mayores era obesa. En el Perú, un estudio halló que conforme incrementaba la edad, la prevalencia de desnutrición aumentaba y la obesidad disminuía. Por otro lado, en la población adulta mayor existe una relación directa entre hábitos alimentarios inadecuados y enfermedades crónicas no transmisibles. (OPS, 2015)

Un estudio realizado en Lima Metropolitana, en el año 2006, analizó el efecto de las condiciones socioeconómicas y hábitos alimentarios inadecuados en el estado nutricional del adulto mayor, hallando que la prevalencia de bajo peso fue 22% y tuvo una diferencia significativa respecto al nivel socioeconómico. De manera similar, otro estudio realizado en Chile con dos grupos de adultos mayores de niveles educativos distintos, halló que la alimentación era inadecuada en cantidad y calidad respecto al grupo de nivel educativo bajo, y su frecuencia de consumo estaba por debajo de las recomendaciones del Ministerio de Salud de Chile, especialmente respecto al consumo de lácteos y de agua en ambos grupos. (OPS, 2015)

### **2.3.7 Factores que determinan los hábitos alimentarios**

Los hábitos alimentarios son el producto de la interacción entre la cultura y el

medioambiente, los cuales se van transmitiendo de una generación a otra. (Icaza, 2012)

Los factores que determinan las creencias y hábitos alimentarios son entre otros, culturales, económicos, sociales, geográficos, religiosos, educativos, psicológicos. (Icaza, 2012)

**Factores Culturales:** La cultura se define como el estilo de vida propio de un grupo de personas, casi siempre de la misma nacionalidad o procedentes de una localidad determinada. (Icaza, 2012)

Las creencias y hábitos alimentarios son un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. Las creencias y hábitos alimentarios de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Las prácticas alimentarias originadas en estos diferentes grupos pueden satisfacer, en alguna medida, las necesidades biológicas básicas. (Icaza, 2012)

Uno de los factores culturales que más orientan las creencias y hábitos alimentarios lo constituye la tradición, la cual está básicamente determinada por las experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y que son inculcadas a los niños desde pequeños. Otro de los factores que determinan los hábitos lo constituyen los tabúes. Cierta creencia limita el uso de alimentos considerados como prohibidos. (Icaza, 2012)

La transculturación es también un factor que determina los hábitos pues la migración de personas de un país a otro, así como la llegada de productos extranjeros a la localidad, ha hecho que se adopten nuevas creencias y/o hábitos alimentarios. (Icaza, 2012)

**Factores Económicos:** El alza del costo y la escasez de víveres han hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias a nivel mundial. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, ya que para los primeros las limitaciones para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada día mayor. Es también importante mencionar que muchas amas de casa seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin

tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos. (María Belén Ipiales, 2010)

**Factores Sociales:** El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimentarios. En los grupos sociales a que se está adscrito (iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros) a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. (María Belén Ipiales, 2010)

El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan las creencias y hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social. (María Belén Ipiales, 2010)

**Factores Geográficos:** Las sociedades viven casi completamente de los alimentos que producen y la naturaleza de sus dietas está determinada por la calidad de la tierra, el clima, el suministro de agua, la capacidad de producción en materia de agricultura, la caza, la pesca y la ubicación geográfica. Esto se debe a que en las montañas o en el mar, cerca de los ríos y lagos, en el trópico o en zonas templadas, la tierra y el agua les ofrecen diferentes alimentos. (María Belén Ipiales, 2010)

**Factores Religiosos:** La alimentación se ve condicionada por muchas creencias religiosas. Las restricciones impuestas por la religión influyen en los hábitos alimentarios de muchos pueblos. Por ejemplo, la mayoría de hindúes no come carne de res y algunos de ellos jamás prueban alimento alguno de origen animal, excepto la leche y productos lácteos, pues su religión les prohíbe quitar la vida a un animal. (María Belén Ipiales, 2010)

Así también, la religión católica limita el consumo de carnes rojas durante el tiempo de cuaresma. Por otra parte, en muchos países las festividades religiosas contribuyen de modo importante a compensar la pobreza de la alimentación, pues para estas ocasiones se acostumbra el realizar comidas especiales. (María Belén Ipiales, 2010)

**Factores Educativos:** El nivel educativo ha influenciado el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino que también el horario de las comidas, los métodos de preparación, almacenamiento y otros de alguna u otra manera han variado. (María Belén Ipiales, 2010)

**Factores Psicológicos:** Las creencias y hábitos alimentarios son parte importante de la conducta humana. Por ello es que durante los últimos años se le ha dado un mayor énfasis a la alimentación y nutrición desde el punto de vista psicológico-social. La alimentación no se reduce exclusivamente al campo puramente fisiológico sino también comprende el campo psicológico social. Suponiendo que el individuo haya sido motivado a través de diferentes medios para cambiar su conducta en cuanto a sus creencias y hábitos alimentarios, éstos quedarán afectados por el conocimiento adquirido. (María Belén Ipiales, 2010)

En este caso el individuo necesita información para elegir los tipos y las cantidades apropiadas de alimento. Así pues, aunque saber algo de nutrición es indispensable para realizar el cambio deseado, la información es inútil si el individuo no ha aceptado la necesidad de cambiar y no está motivado para hacerlo. (María Belén Ipiales, 2010)

De esto se deduce que los factores psicológicos son muy importantes en cualquier modificación que pretenda hacerse de las creencias y hábitos alimentarios, ya que son tantos los factores que intervienen en la adquisición de ellos, que resultaría difícil el poder cambiarlos; aunque éstos no necesariamente son estadísticos ya que cambian según evolucionan los pueblos. (María Belén Ipiales, 2010)

### **2.3.8 Alteraciones en los tiempos de la nutrición**

Desde el enfoque nutricional, puede establecerse que el individuo tiene tres tiempos en su nutrición: la alimentación (1° tiempo), el metabolismo (2° tiempo), y la excreción (3°

tiempo) que están íntimamente ligados entre sí. (Soifer G, 2001)

Habitualmente el proceso de envejecimiento va acompañado por una declinación en el funcionamiento de los órganos. Muchos de estos cambios en el "normal" funcionamiento podrían influir en las necesidades nutricionales del individuo y afectar además la digestión, absorción y utilización de los mismos. (Soifer G, 2001)

**Apetito:**

Es muy variable en los ancianos y está condicionado por diversos factores: medio ambiente familiar, situación económica, lugares de residencia, afecciones crónicas, medicamentos que puede consumir, condiciones del aparato digestivo y estado mental. (Pupi Roberto, 2003)

Puede mantenerse inalterable aún en edades avanzadas, pero en general se va disminuyendo con el tiempo, y puede plegarse a estados de marcada anorexia, con rechazo por las comidas y aun negativismo, que obliga a recurrir al empleo de sondas nasogástricas como única vía de alimentación. (Pupi Roberto, 2003)

**Gusto:**

Hay una disminución de la cantidad de botones y papilas en la lengua y también de las terminaciones nerviosas gustativas y olfativas. Se producen además cambios en los umbrales gustativo y olfatorio. Esto lleva a una falta de capacidad para detectar los gustos dulce y salado y por lo tanto influyen en la aceptabilidad de las comidas llevando a una pobre alimentación. (Soifer G, 2001)

**Olfato:**

Al igual que el gusto, el olfato es un sentido químico que es estimulado por sustancias volátiles presentes en los alimentos. El sentido del olfato está localizado en las fosas nasales, en una región diferenciada de la mucosa que tapiza la cavidad nasal. (Soifer G, 2001)

En el epitelio del área olfatoria se encuentran los receptores olfatorios, que son neuronas bipolares cuyas prolongaciones dendríticas se introducen entre los espacios que limitan las células de sostén. De estas prolongaciones emergen un número variable de cilios olfatorios en contacto con una interfase acuosa de secreciones (mucus). El envejecimiento puede alterar estas neuronas disminuyendo o incrementando la percepción de los olores. (Soifer G, 2001)

La asociación del gusto y el olfato generan la sensación del sabor, una de las más poderosas sensaciones en la selección de los alimentos. El geronte puede tener distorsiones del sabor de los alimentos, disminuyendo la apetencia de alguno de ellos y perdiendo así el consumo de ciertos nutrientes. (Soifer G, 2001)

Por eso resulta importante saborizar ciertos alimentos fundamentales para el estado nutricional con olores aceptablemente percibidos por el anciano. (Soifer G, 2001)

### **Boca:**

La cavidad bucal del anciano muestra modificaciones en todos sus elementos, dientes, ligamento periodontal, mucosa bucal, glándulas salivales, lengua, maxilares y articulación témporo-maxilar. (Pupi Roberto, 2003)

Es bien sabido que la presencia de piezas dentales en buen estado de conservación es indispensable para una buena masticación. (Pupi Roberto, 2003)

Los defectos en estos elementos, tan habituales con el envejecimiento, conspiran contra ese fin y los ancianos eligen alimentos blandos que no requieren masticación, disminuyendo el consumo básicamente de carnes y también de fibra. (Pupi Roberto, 2003)

Las proteínas de la carne pueden ser remplazadas por el aporte de huevo y derivados lácteos, pero el hierro no puede ser aportado por otros alimentos. (Soifer G, 2001)

La performance masticatoria de un individuo con prótesis dentaria es de aproximadamente

un sexto respecto de una persona con sus dientes naturales. La reducción de la ingesta de alimentos que contienen fibra como los vegetales y las frutas a causa de una deficiencia masticatoria, puede llevar a alteraciones gastrointestinales en personas susceptibles. (Soifer G, 2001)

La xerostomía o sequedad de la boca es un estado común entre las personas mayores y puede aparecer por diversas causas. La más frecuente es la disminución de la secreción de saliva, por involución de las glándulas salivales mayores o menores, distribuidas en los labios, carrillos y velo palatino. (Soifer G, 2001)

El pH de la saliva se hace ácido, lo que favorece el desarrollo de *Cándida albicans* y también decrece su poder enzimático y bacteriostático. (Pupi Roberto, 2003)

### **2.3.9 Requerimientos nutricionales para el adulto mayor**

El proceso de envejecimiento se acompaña normalmente de una declinación en la función de los órganos; estos cambios fisiológicos influyen en las necesidades de alimentos de los individuos. (Lopez LB, 2009)

A su vez, el proceso de envejecimiento está modulado por factores dietéticos y por lo tanto, la realización de una alimentación saludable durante toda la vida mejoraría la calidad en esta última etapa. (Lopez LB, 2009)

Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que requiere pautas claras y concretas sobre sus hábitos alimentarios y nutrición, que deben ser específicas debido a que las personas en proceso de envejecimiento presentan características heterogéneas, diferenciándose entre sí desde el punto de vista fisiológico, cronológico, psicológico y socio-cultural. (Lopez LB, 2009)

Una nutrición adecuada sostenida a través del tiempo, facilitaría la transición del envejecimiento habitual al envejecimiento exitoso. (Lopez LB, 2009)

### **2.3.10 Requerimiento de energía, agua y macronutrientes**

El envejecimiento y la pluripatología aumentan el riesgo de padecer deficiencias nutricionales, por lo que una correcta nutrición en el anciano va a jugar un importante papel en el retraso de la aparición de enfermedades y aumento de la calidad de vida. (Marilyn de Jesus Orlandini, 2010)

#### **Requerimiento de energía:**

Los cambios en la composición corporal, la pérdida del tejido metabólicamente activo y la disminución de la actividad física, disminuyen los requerimientos energéticos, mientras se mantienen inalterados los requerimientos de proteínas, vitaminas y minerales. Se recomienda para un anciano bien nutrido 30 Kcal/kg/día, debiendo considerarse que si no se pueden alcanzar con una dieta estándar, será necesario suplementarla. (Marilyn de Jesus Orlandini, 2010)

#### **Requerimiento hídrico:**

El balance de agua y electrolitos requiere atención tanto en los ancianos sanos como en los enfermos. La deshidratación es una situación patológica frecuente en el adulto mayor y reviste características graves que derivan en la hospitalización del individuo, situación que podría evitarse suministrándole diariamente la cantidad de agua recomendada. (Marilyn de Jesus Orlandini, 2010)

Algunos autores recomiendan entre 30 a 35 ml/kg/día, con un mínimo de ingesta de 1500-2000 ml/día, o como indican Russell et al. (1999) al menos 8 vasos de agua al día, necesidades que pueden estar incrementadas cuando hay calor ambiental, fiebre, infección, vómitos o diarreas, pérdidas excesivas inducidas por fármacos y cafeína. (Marilyn de Jesus Orlandini, 2010)

### **2.3.11 Requerimiento de macronutrientes**

#### **Proteínas:**



Las necesidades en la edad avanzada están influenciadas por los cambios que devienen del proceso de envejecimiento en sí mismo, por patologías asociadas a este proceso y por estados particulares de cada individuo que van desde hábitos alimentarios inadecuados a profundos grados de deterioro psicofísico y estrés. Por ello las recomendaciones deben establecerse en forma individual. En el adulto mayor se mantiene una recomendación de 1gr o 1,25 gr/kg/día. (Rocio Mabel Serrat, 2014)

### **Lípidos:**

Una ingesta adecuada en cantidad y en calidad de grasas propicia el envejecimiento exitoso por sobre el habitual. Se recomienda un 30% del VCT. Se hace hincapié en una distribución armónica de ácidos grasos: menos del 10% de saturados, 10 a 15% de mono-insaturados y no más de 10% de poliinsaturados, precisamente para prevenir cardiopatías coronarias. (Rocio Mabel Serrat, 2014)

### **Glucósidos:**

Los hidratos de carbono constituyen el principal aporte energético en la dieta del anciano. Se deben seleccionar cuidadosamente los alimentos que los aportan, propiciando el consumo de glúcidos complejos. Asimismo se aconseja el consumo de cereales integrales porque aportan vitaminas, minerales y fibras. Se recomienda un consumo de carbohidratos no menor de 50-60% del VCT. Los azúcares simples no deberán exceder el 10 o 15%. (Rocio Mabel Serrat, 2014)

### **Fibras:**

El consumo de alimentos ricos en fibra, es muy recomendable en personas de edad avanzada, dado que ésta estimula el peristaltismo intestinal y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento, tan frecuentes en los ancianos. Por otro lado, diversos estudios sugieren que un aporte adecuado de fibra ayuda a controlar el peso corporal, y a regular la colesterolemia, glucemia e hipertensión. (Rocio Mabel Serrat, 2014)

Asimismo, se ha relacionado cierto efecto protector de las dietas ricas en fibras frente a

diverticulosis y algunos tipos de cáncer, como el de colon y páncreas. Diversos organismos oficiales como la "Sociedad Española de Nutrición Comunitaria", o "American Dietetic Association", recomiendan ingestas diarias de fibra superiores a 25 g/día, aunque la mayoría de los ancianos no alcanzan estas recomendaciones. (Rocio Mabel Serrat, 2014)

### **2.3.12 Recomendaciones de micronutrientes**

Algunas investigaciones han indicado que factores ligados al envejecimiento como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, el consumo de ciertos fármacos, tratamientos, etcétera, pueden modificar los niveles y requerimientos de micronutrientes. La importancia de las vitaminas y los elementos traza se basa en su implicación en la protección frente a enfermedades degenerativas, tales como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y en su efecto, en el mantenimiento del funcionamiento normal del sistema inmune, lo que repercutirá en una menor incidencia de infecciones. (Marilyn de Jesus Orlandini, 2010)

### **2.3.13 Planificación alimentaria del adulto mayor**

Los principios generales para planificar una dieta nutricia en la tercera edad, comenta Harris (2001), son similares a los que se aplican en adultos más jóvenes. Sin embargo, se requiere modificaciones en virtud de ciertas características inherentes al proceso de envejecimiento. (Harris, 2001)

Johnson (1993, citado por Harris, 2001) resalta la importancia de un consumo equilibrado de alimentos de todos los grupos alimentarios. Cuando fuentes importantes de nutrientes, como la leche, se eliminan voluntariamente de la dieta, se tendrá que restituir con alternativas que aporten los nutrientes faltantes. (Harris, 2001)

Una vez evaluada la situación nutricional, cuenta Delpietro y efectuada la prescripción alimentaria, a los nutricionistas les corresponde la realización del plan de alimentación. La alimentación tiene distintos pasos, que pueden estar alterados en sus diferentes niveles, en algunos o en todos por la propia característica de este grupo vulnerable y que en este caso

se relacionen tanto con el proceso de envejecimiento como con las patologías asociadas, los factores culturales, los socios ambientales y los económicos. (Delpietro, 2001)

#### **2.3.14 Etapas de la alimentación**

**1. Selección y adquisición de alimentos:** es necesario prestar atención especial a la diversidad de situaciones que evitan que las personas de la tercera edad satisfagan sus necesidades nutricionales. (Harris, 2001)

Según Delpietro, en primer lugar se deberá considerar a la persona en su realidad geográfica, social, económica, y conocer sus hábitos alimentarios, ya que de otra manera el plan no se ajustaría a la realidad y fracasaría. (Delpietro, 2001)

Luego se evaluarán las limitaciones físicas que dificultan el acceso a los lugares de compra como así también el transporte de los alimentos. Otro aspecto a considerar, es la disponibilidad económica y los impedimentos que surjan de sus alteraciones de memoria o mental. (Delpietro, 2001)

En caso de personas lúcidas se podrá hacer educación alimentaria, se tenderá a corregir los hábitos inadecuados y a fomentar los correctos exaltando las virtudes de una alimentación saludable. (Delpietro, 2001)

El lineamiento más importante es proporcionar comidas y refrigerios densos en nutrientes, visualmente atractivos, sabrosos y de consistencia apropiada. Cuatro o cinco comidas más pequeñas suelen ser más aceptables que tres abundantes. (Harris, 2001)

**2. Elección de la forma adecuada de preparación:** Se deberá determinar quién se hará cargo de la preparación de las comidas. Si el individuo es autoválido, un terapeuta ocupacional lo capacitará sobre la forma más adecuada de protegerse contra accidentes domésticos como así también para aprovechar su capacidad física potencial. (Harris, 2001)

Es probable que como consecuencia de la soledad, se produzca una disminución en la motivación para la elaboración de los alimentos, perdiendo el interés por la propia comida. Delpietro dice que en este caso, se trabajará en forma interdisciplinaria con el profesional competente que lo oriente a compartir con pares o trabaje su reinserción social. (Delpietro, 2001)

En esta etapa, destaca el autor, es importante conocer el equipamiento de la cocina, si tiene o no unidades de cocción y cuál es su capacidad, el tipo de vajilla y utensilios con que cuenta. (Delpietro, 2001)

**3. Ingestión de los alimentos:** En esta etapa corresponde evaluar las alteraciones físicas o mentales que interfieran el acto de comer. Será prioritario suministrar una alimentación que sólo requiera un mínimo de actividad masticatoria, con la consistencia, la temperatura y el grado de humedad adecuados a las falencias detectadas y que a su vez proporcionen nutrientes de excelente calidad. (Delpietro, 2001)

### **2.3.15 Guías alimentarias para la población adulta mayor**

Cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta en los hábitos alimentarios cotidianos del adulto mayor: (Harris, 2001)

- Consumir una amplia variedad de alimentos
- Incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día
- Consumir una proporción adecuada de cada grupo
- Elegir agua potable para beber y preparar los alimentos

La guía alimentaria indica consumir los seis grupos de alimentos fuentes:

1. Cereales (arroz, avena, cebada, maíz, trigo) derivados (harinas y productos elaborados con ellas: fideos, pan, galletas, etcétera) y legumbres secas (arvejas, garbanzos, porotos, soja): son la fuente principal de hidratos de carbono. (Harris, 2001)

2. Verduras y frutas: son fuente principal de vitaminas C y A, de fibra y sustancias minerales como el Potasio y el Magnesio. Incluye todos los vegetales y frutas comestibles. (Harris, 2001)

3. Leche, Yogurt y Quesos: nos ofrecen proteínas completas y son fuente principal de Calcio. (Harris, 2001)

4. Carnes y Huevos: nos ofrecen las mejores proteínas y son fuente principal de hierro. Incluye a todas las carnes comestibles (de animales y aves de crianza o de caza y pescados y frutos de mar). (Harris, 2001)

5. Aceites y grasas: son fuente principal de Energía y de vitamina E. los aceites y semillas tienen grasas que son indispensables para la vida. (Harris, 2001)

Las Guías alimentarias aconsejan que en lo posible toda persona debiera realizar cuatro comidas al día. (Harris, 2001)

Para el grupo de lácteos y derivados recalcan que en los adultos, en general, se recomiendan los productos semi descremados, pero para los niños y los adultos mayores, en general, los enteros. (Harris, 2001)

Recomiendan también comer cinco porciones entre frutas y verduras por día, consumir por lo menos una vez al día, frutas y verduras crudas. Comer una variedad de carnes rojas y blancas (pollo y pescado) retirando la grasa visible tres a cuatro veces por semana. Aumentar el consumo de carne de pescado de mar o de río y disminuir el consumo de fiambres y embutidos. (Harris, 2001)

Aconsejan también, preparar las comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar. (Harris, 2001)

Con respecto al azúcar y a la sal, destacan la importancia de disminuir su consumo, así

como también evitar la ingestión de gaseosas, bebidas y dulces artificiales. Preferir siempre agua, soda y jugos naturales. (Harris, 2001)

Aumentar la ingestión variada de cereales, pastas y legumbres, y moderar el consumo de facturas, tortas, masitas, galletitas y otros productos similares. (Harris, 2001)

Por último remarcan tomar abundante cantidad de agua durante todo el día y utilizar siempre agua potable o hervida para beber, lavar y preparar los alimentos. (Harris, 2001)

El Instituto Nacional de Salud a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, aporta que las personas de la tercera edad deberían consumir diariamente: (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición , 2007)

- Dos o tres tazas de leche, de preferencia de bajo contenido graso y enriquecida con vitamina D o su equivalente en yogur y otros productos lácteos.
- Dos raciones de carne, huevos o legumbres.
- Dos platos de verduras crudas o cocidas como zanahoria, zapallo, espinacas y de dos a tres frutas como manzana, mandarina, naranja.
- Entre una y media a dos y media porciones de pan, junto a una o una y media tazas de arroz, fideos o cereales.
- Seis cucharaditas de aceites vegetales (de preferencia oliva, soja).
- Tres o cuatro cucharaditas de azúcar.
- Entre ocho y diez vasos de agua diario. (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición , 2007)

## **2.2.4 Conocimiento**

### **2.2.4.1 Concepto de Conocimiento**

Una mezcla fluida de experiencia estructurada, valores, información contextual e internalización experta que proporcionan un marco para la evaluación e incorporación de

nuevas experiencias e información en los documentos o base de datos, sino también en las rutinas, procesos, practicas, cotidianas del hombre. (Tom Davenport , 2016)

Conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente. (Carrión , 2011)

#### 2.2.4.2 Niveles del conocimiento

Platón abordo la situación filosófica de esclarecer la naturaleza y los procedimientos por los que el hombre adquiere el conocimiento de la realidad, a partir de los mismos conceptos esenciales de su teoría de las ideas. (Platón, 2010)

La teoría de las ideas explica el camino por el cual se alcanza el conocimiento de las cosas. En lenguaje filosófico, la teoría de las ideas de Platón es tanto una teoría epistemológica o teoría del conocimiento, como una teoría ontológica o teoría del ser. (Platón, 2010)

Platón distingue cuatro grados del conocimiento:

<b>IMAGINACIÓN EIKASIA</b>	<b>CIENCIA PISTIS</b>	<b>PENSAMIENTO DIAMOIA</b>	<b>INTELIGENCIA NOESIS</b>
Conocimiento de imágenes por relación con otras imágenes.	Conocimiento de las cosas sensibles por intuición sensible.	Conocimiento de las matemáticas por hipótesis y demostraciones.	Conocimiento de las ideas fundamentales por intuición o visión intelectual

Fuente: <https://es.scribd.com/doc/26234854/CONOCIMIENTO-SEGUN-ARISTOTELES>

Los cuatro grados del conocimiento constituyen operaciones del alma, y conforman el paso desde la ignorancia hacia la ciencia. A juicio de Platón, las afirmaciones acerca del mundo físico o visible – incluso las observaciones y proposiciones de la ciencia - son solamente

opiniones. Algunas de estas opiniones están bien fundamentadas y otras no; pero ninguna de ellas debe ser entendida como conocimiento verdadero. (Platón, 2010)

El punto más alto del saber es el conocimiento, porque concierne a la inteligencia racional en vez de a la experiencia. La razón, utilizada de la forma debida, conduce a ideas que son ciertas cuyos objetos son universales y verdaderos; sólo las formas eternas constituyen el mundo real. El conocimiento inteligible es el que tiene relación con el mundo de las ideas, mientras el conocimiento sensible el que corresponde al mundo físico. (Platón, 2010)

De lastres almas, el alma racional o razón es la asignada al conocimiento de las ideas. En el grado del conocimiento de las imágenes se posee el menor grado de conocimiento a través de la eikasia o imaginación. Con el conocimiento de la ciencia se alcanza el segundo grado de conocimiento, la pistis. (Platón, 2010)

El conocimiento de las matemáticas conforma el tercer grado de conocimiento, la diánoia en que se adquiere mediante la demostración de las hipótesis. Recién es alcanzado el mayor de los grados del conocimiento, cuando se conocen las ideas últimas o fundamentales, lo que se logra mediante la nóesis o inteligencia. Según Platón el nivel de conocimiento más alto, la nóesis, que era el que poseían los filósofos, es el que permite llegar a la intuición de las ideas fundamentales. Solamente se tiene certeza de aquella verdad que se obtenga por medio de una intuición clara. Pero para poder intuir las relaciones necesarias entre ideas, es preciso que éstas sean simples; pues sólo la relación entre ideas simples puede ser también simple, y sólo de lo simple cabe la verdadera intuición. El resto del conocimiento es deducción. (Platón, 2010)

En el llamado Símil de la línea Platón describe los diferentes estadios de conocimiento en que el hombre puede encontrarse. Su evolución es gradual y conduce a los diferentes niveles del conocimiento, desde el más bajo hasta el más elevado. Según Platón, el camino de la mente humana desde la ignorancia hasta el conocimiento verdadero pasa por esos estadios, cuyo recorrido vades de la oscuridad a la claridad. (Platón, 2010)



## **2.5 Estrategia de intervención educativa**

Una educación para la salud, efectiva, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos de forma voluntaria. (Beltran Gonzalez , 2007)

La estrategia tiene como propósito esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde su estado real hasta un estado deseado. La estrategia ha sido concebida como la manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos. (Beltran Gonzalez , 2007)

El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos. La estrategia permite definir qué hacer para transformar la situación existente e implica un proceso de planificación que culmina en un plan general con misiones organizativas, metas, objetivos básicos a desarrollar en determinados plazos, con recursos mínimos y los métodos que aseguren el cumplimiento de dichas metas. (Beltran Gonzalez , 2007)

De lo anterior se infiere que las estrategias son siempre conscientes, intencionadas y dirigidas a la solución de problemas de la práctica. Diversos autores coinciden al señalar que las estrategias son instrumentos de la actividad cognoscitiva que permite al sujeto determinada forma de actuar sobre el mundo, de transformar los objetos y situaciones. (Beltran Gonzalez , 2007)

El término intervención se refiere a la puesta en práctica de un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo del saber. En la situación analizada, al proceso de educación para la salud. La intervención considera dos procesos básicos: la intencionalidad, porque se inducen procesos inexistentes e imprescindibles y se potencian otros inoperantes; busca efectos predecibles que aparecen asociados a las particularidades de la estrategia

concebida. El otro elemento es la autoridad, asociada al reconocimiento por parte del objeto de la capacidad técnica, profesional, moral que tiene el agente de intervención de implementar la estrategia para incidir en el cambio. (Beltran Gonzalez , 2007)

Toda intervención tiene en su base la idea del cambio intencionalmente provocado, pero ello supone: el diagnóstico de los condicionantes de las conductas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el comportamiento. (Beltran Gonzalez , 2007)

En la elaboración de la estrategia de intervención deben estar presentes los siguientes elementos: (Beltran Gonzalez , 2007)

- Existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos en un contexto; diagnóstico de la situación actual, qué es lo que se necesita intervenir.
- Definición de la misión, referida a delimitar, qué se debe hacer.
- Planteamiento de objetivos, cuáles son los propósitos de la intervención.
- Establecimiento de las metas, es importante por cuatro razones: proporcionan un sentido de dirección, y la organización del sistema refuerza su motivación y encuentran una fuente de inspiración para rebasar los inevitables obstáculos que encuentran; permiten enfocar los esfuerzos e integrar las acciones; guían la planificación de las actividades y ayudan a evaluar el progreso.
- Análisis del ambiente, facilita la identificación de cuáles aspectos del ambiente ejercerán influencia para alcanzar los objetivos, así mismo permite descubrir cuáles son las oportunidades disponibles para la organización y las amenazas que enfrentan. (Beltran Gonzalez , 2007)

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de la investigación

**Clasificación de la investigación:** Según el alcance de los resultados, se realizó una investigación aplicada.

**Nivel de investigación:** Descriptivo

**Tipo de estudio:** Correlacional y de corte transversal.

#### 3.2 Localización y temporalización

La investigación se realizó en la comunidad de Alacao, distrito Guano - Penipe, Provincia Chimborazo en el periodo de enero - junio 2016.

#### 3.3 Población de estudio

Se trabajó con la totalidad de los adultos mayores (48) de la comunidad Alacao.

**Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 65 años y más de ambos sexos.
- Que residían en la Comunidad Alacao al momento del estudio.
- Que tuvieran el Consentimiento informado de participación en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes con discapacidad física y/o intelectual.

### **Criterios de salida, de abandono o de pérdida:**

- Adultos mayores que se trasladaron del área o fallecieron en el período de estudio.
- Adultos mayores que voluntariamente decidieron dejar la intervención.

### **Etapas de la investigación**

En una primera etapa, se estableció comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejaron los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables sociodemográficas y clínicas seleccionadas que dio salida al primer objetivo específico y se determinó los hábitos alimentarios en adultos mayores, que dio salida al segundo objetivo específico, y otra que contempló un test de conocimientos con el que se dio salida al tercer objetivo específico.

Para la medición de peso y talla se aplicó los procedimientos indicados en el Manual de procedimientos de antropometría del Ministerio de Salud Pública del Ecuador los mismos que se detallan a continuación:

#### **- Medición del peso en personas adultas mayores**

Para este procedimiento se utilizó, por indicación ministerial una balanza de piso, móvil, con botones de encendido y pantalla doble. Capacidad de 200 kg, división de 50 g con pesos menores a 150 kg, y de 100 g cuando supera los 150 kg.

La balanza se enciende con el simple contacto de la punta del pie sobre el botón de encendido y apagado. Tiene doble pantalla para lectura simultánea (paciente y el antropometrista).

La balanza cuenta con cuatro soportes, los mismos que tienen sensores de estabilidad. Por lo menos tres de estos soportes deben estar en contacto con una superficie plana.

Antropometrista: informó a la persona acerca del procedimiento a realizarse, se coloque la balanza sobre una superficie plana y firme (evitando desniveles). No colocar sobre alfombra o tapetes. Ponga la balanza en 0.0.

Asistente: solicite a la persona que use únicamente una capa de ropa; es decir, una camisa y un pantalón en el caso de los hombres; y una blusa y falda o pantalón para las mujeres. Pídale que se quite la ropa extra o voluminosa (sacos, chompas, abrigos, etc.); retire el cinturón, joyas y vacíe los bolsillos. Solicite que se saque los zapatos.

Antropometrista: se procedió a tomar el peso. Solicite a la persona que se suba en la mitad de la balanza, con los pies ligeramente separados formando un ángulo de 45° y los talones juntos y mirando al frente sin moverse.

Asegúrese de que la persona permanezca erguida, con la vista al frente, sin moverse y que los brazos caigan naturalmente a los lados.

Asistente: colóquese al frente de la báscula, y proceda a dar la lectura del valor. Tome la primera medida anotando los kilos y los gramos observados.

Antropometrista y Asistente: repitan todo el procedimiento, tomen la segunda medida y anoten el dato. Si entre la primera y la segunda medida hay una diferencia de  $\pm 0,5$  kg realicen una tercera medida y regístrenla.

## **Preparando la medición de la talla en adultos**

El sujeto debe estar sin zapatos ni medias. En caso de las mujeres deberán retirarse arreglos en el cabello que no permitan tomar adecuadamente la estatura.

Coloque el tallímetro en el suelo duro y plano, contra la pared asegurándose de que el tallímetro no se mueva. Informe a la persona el procedimiento que va a seguir.

### **- Medición de la talla en adultos**

Asistente: pedir al adulto que se coloque de espaldas al tallímetro, de tal manera que su cuerpo se encuentre ubicado en la parte media del mismo, con los pies ligeramente separados, formando un ángulo de  $45^\circ$  y los talones topando el tallímetro.

Los brazos deben colgar libremente a los lados del tronco, con las palmas de las manos dirigidas hacia los muslos. Los talones y rodillas juntas, coincidiendo con la parte media del tallímetro.

Antropometrista: colóquese de lado para verificar que la parte posterior de la cabeza, omóplato, nalgas, pantorrillas y talones (cinco puntos de relación), se encuentren en contacto con la pieza vertical del tallímetro. Indique al adulto que mire al frente.

Coloque la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón de la persona, y suavemente cierre sus dedos (teniendo cuidado de no tapar la boca) y proceda a ubicar la posición de la cabeza hasta mantener el Plano de Frankfurt (línea imaginaria que une el reborde inferior del ojo con el conducto auditivo externo, y que forma  $90^\circ$  con la superficie del tallímetro).

El dorso debe estar estirado, para lo cual pida a la persona que haga una inspiración profunda. Con la mano derecha deslice el tope móvil del tallímetro sobre la cabeza del adulto, asegurándose de que presione el cabello.

Antropometrista y asistente: verifiquen la posición del adulto.

Antropometrista: cuando la posición sea la correcta, lea la medición en centímetros hasta el último milímetro completado. Esto corresponde a la última línea que usted es capaz de ver. (0,1 cm = 1 mm). Remueva el tope de la cabeza del adulto y retire la mano del mentón.

Asistente: registre el valor y verifique con el antropometrista.

Antropometrista: revise que el dato esté bien escrito en el cuestionario, que sea legible, y de ser necesario borre y corrija.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre los hábitos alimentarios y las variables sociodemográficas y clínicas seleccionadas, que dará salida al tercer objetivo específico.

Para dar salida al cuarto objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados que incluyó acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución.

### **3.4 Variables de estudio**

#### **3.4.1 Identificación**

Variable dependiente:

- Conocimiento sobre hábitos alimentarios

Variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Estado conyugal
- Nivel de instrucción
- Estado nutricional

- Uso de prótesis dental total o parcial
- Hábitos alimentarios

**Variable hábitos alimentarios**

- Frecuencia y variedad de los alimentos a consumir
- Cantidad de líquidos ingeridos en el día

**Variable conocimiento sobre hábitos alimentarios**

- Conocimiento sobre los nutrientes de los alimentos a consumir
- Conocimiento sobre la frecuencia y variedad de las comidas diarias
- Conocimiento sobre la cantidad de líquidos ingeridos en el día



### 3.4.2 Operacionalización de variables

Variable	Clasificación variable	Escala	Descripción	Indicador
Sexo	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	Según el sexo biológico de pertenencia.	Porcentaje de adultos mayores según sexo.
Edad	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 - 69</li> <li>• 70 -74</li> <li>• 75 -79</li> <li>• 80 y más</li> </ul>	Edad en años cronológicos cumplidos.	Porcentaje de adultos mayores por grupos etarios.
Estado conyugal	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• Casado/a</li> <li>• Divorciado/a</li> <li>• Separado/a</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Viudo/a</li> </ul>	Según el vínculo con la pareja.	Porcentaje de adultos mayores según el estado conyugal.
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Universitario</li> </ul>	Según el último año de educación vencido.	Porcentaje de adultos mayores según el nivel de instrucción.
			Según el cálculo del Índice de	

<p>Estado nutricional</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo peso</li> <li>• Normopeso</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Obesidad grado I</li> <li>• Obesidad grado II</li> <li>• Obesidad mórbida</li> </ul>	<p>masa corporal (IMC)</p> <p>Bajo peso (Menos de 18)</p> <p>Normopeso (19 - 24,9)</p> <p>Sobrepeso (25 - 29,9)</p> <p>Obesidad grado I (30 - 34,9)</p> <p>Obesidad grado II (35 - 39,9)</p> <p>Obesidad mórbida (40 y más)</p>	<p>Porcentaje de adultos mayores según estado nutricional</p>
<p>Uso de prótesis dental total o parcial.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	<p>Presencia en la cavidad oral de prótesis dental total o parcial reemplazando las piezas dentales faltantes.</p>	<p>Porcentaje de adultos mayores según el uso de prótesis dental total o parcial.</p>

Hábitos alimentarios	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuados</li> <li>• Inadecuados</li> </ul>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a hábitos alimentarios.</p> <p>Adecuado: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas.</p> <p>Inadecuado: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.</p>	Porcentaje de adultos mayores según hábitos alimentarios.
Conocimiento sobre hábitos alimentarios	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfactorio</li> <li>• No satisfactorio</li> </ul>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas al conocimiento sobre hábitos alimentarios.</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas.</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.</p>	Porcentaje de adultos mayores según conocimiento sobre hábitos alimentarios.

**Dimensiones para evaluar la variable hábitos alimentarios**

<p>Frecuencia y variedad de las comidas diarias</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuados</li> <li>• Inadecuados</li> </ul>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a la frecuencia de las comidas diarias.</p> <p>Adecuado: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Inadecuado :Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>Porcentaje de adultos mayores según frecuencia y variedad de las comidas diarias.</p>
<p>Cantidad de líquidos ingeridos en el día.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuado</li> <li>• Inadecuado</li> </ul>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a la cantidad de líquidos ingeridos en el día.</p> <p>Adecuado: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Inadecuado :Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>Porcentaje de adultos mayores según cantidad de líquidos ingeridos en el día.</p>

**Dimensiones para evaluar la variable conocimiento**

<p>Conocimiento sobre los nutrientes de los alimentos a consumir.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfactorio</li> <li>• No satisfactorio</li> </ul>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas sobre los nutrientes de los alimentos a consumir.</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.</p>	<p>Porcentaje de adultos mayores según conocimiento de los nutrientes de los alimentos a consumir.</p>
<p>Conocimiento sobre la frecuencia y variedad de las comidas diarias.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfactorio</li> <li>• No satisfactorio</li> </ul>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a la frecuencia y variedad de las comidas diarias.</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio :Cuando responde correctamente</p>	<p>Porcentaje de adultos mayores según conocimiento de la frecuencia y variedad de las comidas diarias.</p>

			menos del 60% de las preguntas realizadas	
Conocimiento sobre la cantidad de líquidos ingeridos en el día.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfactorio</li> <li>• No satisfactorio</li> </ul>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a la cantidad de líquidos ingeridos en el día.</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio :Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	Porcentaje de adultos mayores según conocimiento de la cantidad de líquidos ingeridos en el día.

### **3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos**

#### ***3.5.1 Características del instrumento***

El cuestionario estuvo estructurado en tres partes; una parte inicial que recogió datos sobre variables sociodemográficas y clínicas, que incluyó 4 preguntas, otra que identificó los hábitos alimentarios en adultos mayores de la comunidad Alacao los cuales fueron evaluados por cada dimensión y de forma general, lo cual incluyó 12 preguntas y una tercera que contempló un test de conocimientos que incluyó 13 preguntas. El conocimiento sobre los hábitos alimentarios en adultos mayores de la comunidad Alacao fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se consideró en algunos casos una alternativa correcta y en otras varias alternativas.

Los hábitos alimentarios fueron evaluados por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se consideró una sola alternativa correcta.

- ✓ Dimensión frecuencia y variedad de las comidas diarias 10 preguntas.
- ✓ Dimensión cantidad de líquidos ingeridos en el día 2 preguntas.

El conocimiento sobre hábitos alimentarios adecuados fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se consideró una sola alternativa correcta.

- ✓ Conocimiento sobre los nutrientes de los alimentos a consumir 1 pregunta.
- ✓ Conocimiento sobre frecuencia y variedad de las comidas diarias 11 preguntas.
- ✓ Conocimiento sobre cantidad de líquidos ingeridos en el día 1 pregunta.

El sistema de puntuación que se empleó fue simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: Hábitos adecuados: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. Inadecuado: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas, Conocimiento satisfactorio cuando responde

correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorio cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

#### 3.5.1.1 Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultó expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre hábitos alimentarios en adultos mayores. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (1968), se examinó la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adicionó cualquier otro aspecto que en su experiencia fue importante.

Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.

Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se midió.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Se refirió a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: se refirió a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente:

Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.



Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 70 % o más de ellos.

El estudio piloto se realizó con 20 adultos mayores con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación.

### **3.6 Procedimientos**

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la aplicación de una entrevista por parte del investigador.

Como instrumento de recolección de la información se utilizó un cuestionario diseñado por el entrevistador, el que fue sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con veinte adultos mayores con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación.

### **3.7 Procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se hizo utilizando porcentajes y medias. Se empleó el estadístico Chi-Cuadrado ( $\chi^2$ ) y la prueba de Fisher para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados se reflejaron en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

En términos generales y como primera aproximación el programa educativo en salud es prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los

indicadores, entre otros elementos pertinentes). El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

### **3.8 Aspectos éticos**

Previo a la realización de la investigación se explicó a los participantes los objetivos de la intervención, y se solicitó la autorización a través de un formulario de consentimiento informado. Se aplicaron los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información recolectada fue utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la Convención de Helsinki. El protocolo fue aprobado por el comité de ética de la institución vinculada.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Resultados y discusión

Al analizar las características demográficas de la población objeto de estudio, en virtud de la edad, el grupo de 65 a 69 años fue el que se presentó con mayor frecuencia con un 43,7 %, respecto al sexo, el 62,5 % pertenecían al sexo femenino. En estudio realizado por Alba y Mantilla en Ibarra 2012 – 2013 acerca del estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la Policía Nacional se encontró que el grupo de edad predominante fue el de 65 –75 con un 81, 1 %, rango de edad que no corresponde exactamente con el empleado en nuestro estudio. En ese mismo estudio el 53,3 % correspondió al sexo masculino no coincidiendo con nuestro estudio en relación a esta característica. Datos similares a los nuestros fueron encontrados en un estudio realizados por Álvarez Contreras sobre valoración del estado nutricional de los adultos mayores en el año 2015 en Guayaquil, donde plantea que el mayor porcentaje correspondía al sexo femenino con un 97%, a pesar de la diferencia de porcentaje con nuestro estudio, en ambos predomina el sexo femenino. En estudio realizado por Silvestri en el año 2011 sobre la relación entre hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud en adultos mayores se observó que el sexo predominante fue el femenino con un 86 %.

Según el reloj de población de Ecuador al momento del estudio la población masculina actual es de (50,1%) y la población femenina actual (49,9%), datos que no coinciden con los porcentajes encontrados en nuestro estudio en relación al sexo predominante.

**Tabla 1:** Distribución de adultos mayores según características demográficas. Alacao, enero a junio 2016.

Características	N=48	
	Nº	%
Grupos de edad		
65-69	21	43,7
70-74	16	33,3
75 y más	11	22,9
Sexo		
Masculino	18	37,5
Femenino	30	62,5

En esta tabla se muestra el estado civil de los adultos mayores donde se encontró que 31 adultos mayores estaban casados lo que corresponde al 64,6%, de todos los adultos mayores estudiados, en cuanto al nivel de instrucción 17 no tenían ningún tipo de instrucción que correspondió al 35,4%, primaria completa 13 adultos mayores que correspondían al 27,1%, 11 personas cursaron la primaria que corresponde a 22,9%, 6 alcanzaron el nivel secundario para un 12,5% y 1 tiene el nivel superior que corresponde a 2,1 % concluyendo la mayoría siguen casados y no tienen ningún estudio. En la tesis titulada “Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. 2012 – 2013” realizada por Alba y Mantilla encontraron que la mayoría de los adultos mayores del servicio pasivo de la policía nacional sede Ibarra tenían un nivel de educación primario.

En relación al estado civil casados es una fortaleza para enfrentar el proceso de envejecimiento, así como los diferentes eventos a los que se enfrenta la familia en esta etapa de su ciclo vital como es la salida de los hijos del hogar, el cese de la vinculación laboral, entre otros, porque además de ayudar a su estabilidad psicológica, la presencia de una pareja es un factor válido en los hábitos alimentarios adecuados del geronte al participar la pareja tanto en la planificación, adquisición de los alimentos como en su preparación. A pesar de los cambios que se producen en esta etapa de la vida la mayoría de los adultos mayores tienen un apetito normal, mientras que el resto de los adultos mayores su apetito se encuentra disminuido debido a la soledad. Por su parte en bajo nivel de instrucción en los adultos mayores dificulta la comprensión de las orientaciones educativas en cuanto a los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de factores de riesgo asociados a los mismos.

**Tabla 2:** Distribución de adultos mayores según características sociales. Alacao, enero a junio 2016.

Características	N=48	
	Nº	%
Estado conyugal		
Soltero/a	1	2,1
Casado/a	31	64,6
Divorciado/a	4	8,3
Viudo/a	12	25
Nivel de instrucción		
Ninguno	17	35,4
Primaria incompleta	13	27,1
Primaria	11	22,9
Secundaria	6	12,5
Universitario	1	2,1

En cuanto a las características clínicas encontramos 33 adultos mayores con un peso normal, que correspondían al 68,8 %, seguidas de 8 adultos mayores obesos para un 16,7 %, el 37,5% correspondían a 18 adultos mayores que usaban prótesis dental sea ésta total o parcial, el 62,5% corresponde a 30 ancianos que no utilizan prótesis. La mayoría de adultos mayores tenían normopeso y también la mayoría no usaba prótesis dental.

A nivel internacional según estudio realizado en España por Rodríguez, se hace referencia a que el sobrepeso y la obesidad se incrementan con la edad, e indican que el pico más alto es a los 50 a 70 años y esto es debido a los malos hábitos alimentarios.

Por su parte en la investigación sobre el estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. 2012 – 2013” de Alba y Mantilla el 13% de los adultos mayores presentó riesgo de desnutrición o bajo peso el 36,7 %, registros que no coinciden con los encontrados en la presente investigación.

En un estudio realizado por Sánchez Ruiz, De la Cruz Mendoza, Cereceda Bujaicoy Espinoza pertenecientes a la Escuela Académico Profesional de Nutrición, Facultad de Medicina, UNMSM. Lima, Perú, en el 2011 cuyo objetivo fue determinar la asociación de los hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico (NSE) de los adultos mayores que asisten a un Programa Municipal, encontró una prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesidad (19,1%).

Álvarez Contreras, en el 2015 en su estudio realizado sobre valoración del estado nutricional de los adultos mayores encontró que la media de IMC (Índice de Masa Corporal) de los 30 adultos mayores evaluados, fue de 25,9 kg/m<sup>2</sup>, esto significó que el promedio de IMC de la población evaluada tenía un IMC de más de 25 lo que equivale a sobrepeso y obesidad. Como resultado de la encuesta de riesgo nutricional según los hábitos alimentarios de los adultos mayores, se encontró que de 30 personas se encontraba sin riesgo nutricional, 3 personas presentaron riesgo nutricional moderado y 27 individuos presentaron riesgo nutricional alto, habiendo alcanzado un puntaje mayor a 6 resultados que difieren de los encontrados en nuestra investigación.

Revisando estudios donde se investigó el uso de prótesis dental en adultos mayores encontramos que Baute, en un estudio investigativo el año 2012 halló que del total de encuestados el 72 % usaban dentadura postiza y de ellos el 16 % presentó alguna dificultad

para comer, resultados que no se corresponden con los nuestros. Como bien sabemos la presencia de piezas dentales en buen estado de conservación es indispensable para una buena masticación y los defectos en estos elementos tan habituales con el envejecimiento, conspiran contra ese fin y los adultos mayores en este caso prefieren elegir alimentos blandos que no requieren masticación, disminuyendo el consumo básicamente de carnes y también de fibra.

**Tabla 3:** Distribución de adultos mayores según características clínicas.  
Alacao, enero a junio 2016.

Característica	N=48	
	Nº	%
Estado nutricional		
Bajo peso	3	6,2
Normopeso	33	68,8
Sobrepeso	4	8,3
Obesidad	8	16,7
Uso de prótesis dental total o parcial		
Si	18	37,5
No	30	62,5



De acuerdo a los resultados obtenidos el 89,6 % que correspondió a 43 adultos mayores tenían hábitos alimentarios inadecuados, mientras que el 10,4 % que correspondían a 5 personas tenían hábitos alimentarios adecuados. Son importantes los resultados ya que los adultos mayores que no tienen una adecuada alimentación perjudican su salud y es por ello que se propone hábitos saludables en cuanto a la alimentación. Alba y Mantilla, en el año 2014 encontraron que los hábitos alimentarios de los adultos mayores del servicio pasivo de Ibarra eran poco saludables, coincidiendo con nuestra investigación.

Rodríguez, en el 2012 en Argentina, encontró la muestra que estudió que los pacientes con hipertensión arterial en su mayoría manifestaban hábitos alimentarios inadecuados para su patología, desconociendo las consecuencias que esto trae aparejado.

Sánchez Ruiz, De la Cruz Mendoza, Cereceda Bujaco y Espinoza encontraron en Lima, Perú en el 2011, en forma general, que los hábitos alimentarios en su población de estudio fue inadecuado, debido a que en su mayoría no consumían las porciones de alimentos recomendadas según las Guías de Alimentación para el Adulto Mayor .Los hábitos alimentarios inadecuados detectados en más de 60% de los adultos mayores pueden aumentar el riesgo de deficiencias nutricionales y afectar su calidad de vida.

De esta manera resulta particularmente importante, transmitir que los adultos mayores adopten prácticas alimenticias y estilos de vida que minimicen el riesgo adicional de mala salud y fortalezcan las perspectivas de un envejecimiento activo y saludable. Como hemos visto hasta el momento la alimentación tiene un papel muy importante en el proceso del envejecimiento. El estilo de vida de los adultos mayores unido a los malos hábitos alimentarios, pobreza, la poca disponibilidad de recursos, el aislamiento ,enfermedades crónicas y degenerativas comprometen el consumo de alimentos y por ende su estado nutricional, afectando negativamente la funcionalidad del adulto mayor y reduciendo su calidad de vida .

**Tabla 4:** Distribución de adultos mayores según hábitos alimentarios.  
Alacao, enero a junio 2016.

Hábitos alimentarios	N <sup>0</sup>	%
Inadecuados	43	89,6
Adecuados	5	10,4
Total	48	100

Según estudio realizado en la Universidad San Pablo CEU, en España sobre la relación de los conocimientos de nutrición, alimentación y los estilos de vida; el conocimiento no tiene diferencias significativas entre los hábitos alimentarios y estilos de vida.

En la tabla 5 se puede observar que nuestros adultos mayores manifestaron hábitos adecuados en relación al consumo de una serie de grupos de alimentos como son la proteína animal y las leguminosas con 20 pacientes para un 41,7 % en ambos casos ,seguidas del grupo de grasa no saturada que se consumía adecuadamente por 19 adultos mayores para un 39,6 % , el resto de los grupos de alimentos como lácteos, cereales, tubérculos, frutas, verduras y alimentos con azúcar lo consumían de forma inadecuada el mayor porcentaje de nuestros gerontes estudiados.

Rodríguez, en el año 2012 en su estudio encontró en cuanto al consumo de lácteos que el 96 % consumen lácteos y solo un 4 % no consumen ,en cuanto a la frecuencia del consumo de los lácteos lo hacen 2 veces al día el 92% y 1 vez al día el 8% .El 100% de la población consumen uno o varios tipos de carne con una frecuencia de 30% consumen 2 veces por día, el 52% consume 1 vez por día, el 16 % consume 3 veces por semana y el 2 % una vez a la semana, lo cual coincide con nuestro estudio donde los pacientes estudiados manifestaron hábitos adecuados en su mayoría en este grupo de alimentos, refiriéndose al consumo de verduras del total de la población hipertensa el 92% consumen y solo el 8 % no consumen así mismo en relación al consumo de frutas el 94% consume frutas y el 6 % restante no consume , aspectos en el que no coincide con nuestros hallazgos .De acuerdo al consumo de legumbres ,del total de la población hipertensa el 74 % consumen y el 26 % no consumen. El 82 % de las personas consumen productos con contenido de harina de trigo como el pan y el 18% no lo consumen.

Sánchez Ruiz, De la Cruz Mendoza, Cereceda Bujaico y Espinoza encontraron en Lima, Perú (2011) que más de 60% de los adultos mayores presentó hábitos alimentarios inadecuados respecto al consumo de carnes (65,2%), lácteos (78,3%), menestras (87,8%), frutas y verduras (64,3%).

**Tabla 5:** Distribución de adultos mayores según variedad y frecuencia del consumo de alimentos. Alacao, enero a junio 2016.

Hábitos alimentarios	Inadecuados		Adecuados	
	Nº	%	Nº	%
Lácteos	47	97,9	1	2,1
Proteína animal	28	58,3	20	41,7
Leguminosas	28	58,3	20	41,7
Cereales	48	100	0	0
Tubérculos	48	100	0	0
Frutas	47	97,9	1	2,1
Verduras	45	93,8	3	6,3
Grasa no saturada	29	60,4	19	39,6
Alimentos con azúcar	38	79,2	10	20,8

Según Montero en el año 2008 los hábitos alimentarios no son lo único considerado en la salud de los adultos mayores sino en consumo apropiado de ingesta de agua. De acuerdo a los resultados obtenidos el 95,8% consume una cantidad de líquidos de forma inadecuada o manera inadecuada, mientras que el 4,2 % lo consume de una forma adecuada. El consumo de líquidos es importante para poder eliminar toxinas mediante la orina además que purifica al riñón y a todo el organismo y en su mayoría los adultos mayores no consumen agua.

En Lima, Perú en el 2011 se encontró por otro lado, que se estudió el consumo de agua y fue preocupante, debido a que un consumo bajo lleva al riesgo de deshidratación y, si se produce de una manera crónica, modifica la capacidad del organismo para mantener la homeostasis en cualquier situación fuera de lo normal, pudiendo afectar la salud del individuo en general.

El agua es esencial para la vida y mantener la hidratación es importante para la salud física y mental. El cuerpo humano está constituido en gran medida por agua. El contenido de agua del organismo disminuye con la edad, desde un 75% en los bebés hasta un 60% en las personas adultas. Aunque podemos vivir hasta 50 días sin alimento, sin agua sólo sobreviviríamos unos días, incluso en un clima frío. Hay grupos específicos de población, como los ancianos o las personas que hacen ejercicio físico, para los que el consumo de líquidos cobra una importancia fundamental. Existen factores que modifican las necesidades de líquidos como la edad: según avanza ésta, se precisan más líquidos, pues los mayores tienen disminuida la percepción de sed y se sacian con una menor ingesta líquida, por ello es imprescindible trabajar con nuestros mayores con actividades de promoción en este sentido desde la atención primaria de salud.

En conclusión disímiles estudios científicos han concluido que la ingesta de agua en cantidades apropiadas, disminuye un 45%, el riesgo de cáncer de colon y a la mitad las probabilidades de desarrollar cáncer de la vejiga; debido a que la deficiente hidratación concentra mayor cantidad de sustancias tóxicas y cancerígenas en esos órganos. Y en estudios realizados en Inglaterra se concluyó que el estar hidratado reduce en un 79% el riesgo de padecer cáncer de seno.

**Tabla 6:** Distribución de adultos mayores según cantidad de líquidos ingeridos. Alacao, enero a junio 2016.

Cantidad de liquido	No	%
Inadecuada	46	95,8
Adecuada	2	4,2
Total	48	100

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo comprobar que el 85,4% de los adultos mayores que son 41 presentan un conocimiento no satisfactorio sobre los hábitos alimentarios, mientras que el 14,6 % si lo fue. La mayoría no tenía conocimientos sobre hábitos alimentarios adecuados perjudicando su dieta diaria, la misma que acarrea consecuencias en la salud de los adultos mayores. Sin embargo, se considera que los hábitos alimentarios no se corresponden solamente con el hecho de ingerir alimentos, pues también engloba a una serie de pensamientos y acciones que finalizan con la ingesta, ya que previamente se debe realizar la elección de los alimentos para posteriormente comprarlos, luego se tiene que prepararlos y decidir la cantidad, periodicidad con que se ingiere, participando en este proceso la fisiología del apetito y la satisfacción (Sosnowska y Skrzypulec, 2012; citados por Uscanga et al., 2015 , 11).

**Tabla 7:** Distribución de adultos mayores según conocimiento sobre los hábitos alimentarios. Alacao, enero a junio 2016.

Conocimiento	No	%
No satisfactorio	41	85,4
Satisfactorio	7	14,6
Total	48	100,0

Respecto a los resultados obtenidos en cuanto a los conocimientos satisfactorios predominó el 47,9% en las leguminosas. Según la dimensión de conocimiento sobre la variedad y frecuencia del consumo de alimentos los no satisfactorios predominó con un 97,9% en los lácteos y tubérculos seguido del 95,8% en relación a las verduras.

En los estudios consultados se encontraron pocos trabajos en los cuales se realicen comentarios en relación a la valoración del conocimiento existente sobre dimensiones del conocimiento afines a la variedad y frecuencia del consumo de alimentos lo que obstaculizó efectuar la comparación con los resultados de nuestro estudio por lo que el trabajo será un aproximación este tema y de manera más concreta en nuestra región del Chimborazo donde no encontramos antecedentes investigativos al respecto.

**Tabla 8:** Distribución de adultos mayores según conocimiento sobre variedad y frecuencia del consumo de alimentos. Alacao, enero a junio 2016.

Dimensión de conocimiento	No satisfactorio		Satisfactorio	
	N°	%	N°	%
Lácteos	47	97,9	1	2,1
Proteína animal	34	70,8	14	29,2
Leguminosas	25	52,1	23	47,9
Cereales	45	93,7	3	6,3
Tubérculos	47	97,9	1	2,1
Frutas	45	93,7	3	6,3
Verduras	46	95,8	2	4,2



En relación a los resultados obtenidos en los adultos mayores en cuanto a dimensión del conocimiento sobre cantidad de líquidos a ingerir el 95.8% es no satisfactorio y el 4.2% es satisfactorio. Los adultos mayores desconocen lo importante del consumo de agua y las proporciones recomendadas. Según Baltodano 2015 el consumo de líquidos permite al organismo del adulto mayor digerir con mayor facilidad y por la vida sedentaria que en la mayoría vive ya que el 53% de adultos en promedio de 65-70 años padecen por la complejidad de la edad misma.

**Tabla 9:** Distribución de adultos mayores según conocimiento sobre cantidad de líquidos a ingerir. Alacao, enero a junio 2016.

Dimensión del conocimiento	N°	%
Cantidad de líquidos a ingerir		
No satisfactorio	46	95,8
Satisfactorio	2	4,2
Total	48	100

En la tabla 10 se muestra la distribución de adultos mayores según hábitos alimentarios y dimensión conocimiento, encontramos que el conocimiento fue no satisfactorio con un 85,4 % de los pacientes con hábitos alimentarios inadecuados. Mientras que de acuerdo a los resultados obtenidos de la distribución de adultos mayores según hábitos alimentarios y dimensión de conocimiento, son satisfactorios en los pacientes con hábitos adecuados con él 10,4%. Se halló una asociación significativa entre las variables conocimientos y hábitos alimentarios (0,04) por lo que es importante llevar adelante nuestra propuesta. En un estudio realizado en Chile acerca del consumo alimentario centrado en el contenido calórico de los alimentos, se reportó que el 39,8% de los encuestados reconoció leer siempre las etiquetas, un 52,2% sólo a veces y el 8% no lo hace nunca y que el mayor grado de conocimiento referido por los encuestados fueron en aquellos que reportaron leer las etiquetas.

Según Ipiates, 2010 el nivel educativo ha influenciado el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino que también el horario de las comidas, los métodos de preparación, almacenamiento y otros de alguna u otra manera han variado.

En los numerosos estudios que se han revisado para esta investigación no se han encontrado otros de este tipo, en que se relacione el conocimiento sobre hábitos alimentarios, sin embargo es necesario realizar algunas consideraciones interesantes sobre los mismos.

Según la OMS y considerando los hábitos alimentarios inadecuados como uno de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas del adulto ha hecho un llamado a efectuar acciones de prevención tendientes a fomentar hábitos de vida saludables y destacan especialmente el rol que juegan los Médicos Familiares, identificándolas como líderes ideales de promoción de la salud comunitaria.

Algunos estudios epidemiológicos muestran que aunque en ocasiones la población está informada y conoce los conceptos básicos de una dieta saludable, estos conocimientos no se traducen en consumos reales de alimentos que formen parte de una dieta equilibrada, en definitiva, no se ponen en práctica los conceptos aprendidos.

La adquisición de los conocimientos se considera positiva, en la medida que repercute y refuerza la práctica alimentaria correcta creando buenas actitudes hacia la alimentación saludable. Sin embargo, no es suficiente que la información sea correcta, es necesario también que se produzca la modificación o abandono de estos hábitos alimentarios insanos y erróneos.

**Tabla 10:** Distribución de adultos mayores según hábitos alimentarios y conocimiento. Alacao, enero a junio 2016.

Hábitos alimentarios	Conocimiento sobre hábitos alimentarios						p
	Satisfactorio		No satisfactorio		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
Inadecuado	2	4,2	41	85,4	43	89,6	0,04
Adecuado	5	10,4	0	0,0	5	10,4	
Total	7	14,6	41	85,4	48	100,0	

Según estudios realizados por la Revista Española de Nutrición Humana y Dietética se realizó la comparación de educación terciaria con las personas sin estudios y se determinó que estos tenían 2,7 veces más probabilidades de presentar problemas alimentarios, en tanto las personas con educación primaria tenían 1,89 más veces y los que alcanzaron la educación secundaria tenía 1,2 más veces las probabilidades.

En la tabla 11 encontramos que no se evidenció relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y los hábitos alimentarios, sin embargo encontramos que en el grupo de 65 – a 69 años el 80 % de los adultos mayores presentaban hábitos alimentarios adecuados ,predominaron los hábitos adecuados en el sexo femenino 80% ( 4 adultos mayores), refiriéndonos a estado conyugal los casados manifestaron hábitos inadecuados en un 65,1%, en cuanto al nivel de instrucción predominaron los hábitos adecuados con un 40 % en los adultos mayores que alcanzaron nivel de secundaria .

**Tabla 11:** Distribución de adultos mayores según características sociodemográficas y hábitos alimentarios. Alacao, enero a junio 2016.

Características	Hábitos alimentarios				Total N=48	%	p
	Adecuados N=5		Inadecuados N=43				
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%			
<b>Grupos de edad</b>							
65-69	4	80	17	39,5	21	43,8	0,658
70-74	1	20	15	34,9	16	33,3	
75 y más	0	0	11	25,6	11	22,9	
<b>Sexo</b>							
Masculino	1	20	17	39,5	18	37,5	0,592
Femenino	4	80	26	60,5	30	62,5	
<b>Estado</b>							
<b>Conyugal</b>							
Soltero/a	0	0	1	2,3	1	2,1	0,854
Casado/a	3	60	28	65,1	31	64,6	
Divorciado/a	1	20	3	7,0	4	8,3	
Viudo/a	1	20	11	25,6	12	25	
<b>Nivel de Instrucción</b>							
Ninguno	0	0	17	39,5	17	35,4	0,624
Primaria incompleta	1	20	12	27,9	13	27,1	
Primaria	1	20	10	23,3	11	22,9	
Secundaria	2	40	4	9,3	6	12,5	
Universitario	1	20	0	0	1	2,1	

En la tabla 12 se reflejan los resultados encontrados en relación a las variables clínicas y hábitos alimentarios donde el 69,8%, representado por 30 adultos mayores que tenían hábitos alimentarios inadecuados poseían un estado nutricional normopeso, por otra parte de los 5 adultos mayores que se encontraron con hábitos adecuados sobre la alimentación el 40,2 % de adultos mayores presentaban normopeso y el 40 % obesidad. Nuestros resultados no se asemejan a los encontrados en las investigaciones revisadas al respecto. Es importante tener un peso adecuado de acuerdo al tamaño y a la edad ya que mientras pasa el tiempo el metabolismo se vuelve más lento y la alimentación debe ser controlada para evitar sobrepeso. De manera general en nuestra investigación no se encontró relación estadísticamente significativa entre estas dos variables estudiadas.

Baute, en el año 2012, en su estudio encontró que los hábitos alimentarios influyeron en el estado nutricional del adulto mayor debido a que gran parte de la población encuestada poseía hábitos saludables e ingesta adecuada de macro y micronutrientes ,lo cual se vio reflejado en el alto porcentaje de adultos mayores con peso adecuado o saludable. En dicho estudio se encontró que de los adultos mayores que consumían cereales y derivados la mayoría tenía un peso normal aunque también reportó un alto porcentaje de personas con sobre peso y peso insuficiente, lo mismo ocurrió en relación al consumo de azúcares y dulces, huevos, aceites y grasas, refiriéndose al consumo de carnes, es decir proteína animal encontró que tanto las personas que consumían carne y lácteos como las que no consumían poseían un peso adecuado, resultados que no se corresponden con los encontrados en nuestro estudio donde predominaron los hábitos inadecuados .

**Tabla 12:** Distribución de adultos mayores según característica clínicas y hábitos alimentarios. Alacao, enero a junio 2016.

Característica	Hábitos alimentarios						p
	Adecuados		Inadecuados		Total		
	N=5		N=43		N=48		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
<b>Estado Nutricional</b>							
Bajo Peso	0	0	3	7,0	3	6,3	0,05
Normopeso	2	40	30	69,8	33	68,8	
Sobrepeso	1	20	3	7,0	4	8,3	
Obesidad	2	40	6	14,0	8	16,7	

## **CAPÍTULO V**

### **5. PROPUESTA**

DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS EN ADULTOS MAYORES. ALACAO, GUANO, ENERO A JUNIO 2016.

#### **Fundamentos:**

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad. Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma socio crítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autorreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses



de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que el tema conocimiento sobre hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que guarda relación con los indicadores de morbimortalidad en el país, y sobre todo las secuelas emanadas de la ocurrencia de tales eventos sobre todo en pacientes de la tercera edad, lo que hace que múltiples profesionales de la salud centren sus proyectos investigativos a buscarle solución a dicha problemática.

Una vez que se realizó el análisis de los resultados obtenidos a través de la entrevista diseñada como instrumento investigativo se logró llegar a un diagnóstico de la situación inicial.

**Diagnóstico educativo:**

El conocimiento no satisfactorio que tienen los adultos mayores sobre hábitos alimentarios adecuados en la comunidad Alacao.

**Objetivos:**

**Objetivo general:**

Reforzar la información sobre los hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores en la comunidad Alacao.

**Específicos:**

- Fortalecer el conocimiento general sobre hábitos alimentarios adecuados.
- Mejorar el conocimiento en relación a la variedad y frecuencia del consumo de los diferentes grupos de alimentos.
- Informar la importancia de la ingesta de líquidos y cantidad recomendada según las guías alimentarias.
- Evaluar el proceso de las acciones educativas realizadas en la estrategia

**Límites:**

Se cumplimentará el desarrollo de la estrategia desde el mes de junio a diciembre de 2016

Se desarrollará en la casa barrial de la comunidad Alacao.

Con esta propuesta se beneficiará a los adultos mayores que viven en la comunidad Alacao.

**Estrategia:**

Estará conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, finalizará con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS.

Se seguirá una metodología activa de enseñanza lo que promoverá el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes.

Las formas organizativas docentes empleadas serán el taller y video debates.

Además se tuvo en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se establecerá de mutuo acuerdo.

Los contenidos se presentaran de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las invariantes que reforzaban los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecieron permanentemente vínculos con la práctica y las nociones cultura de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud.

El material didáctico empleado serán diapositivas, transparencias, láminas y computadoras y se utilizarán técnicas que permitirán actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

**Actividades:**

Se seleccionarán y organizarán, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea.

**Recursos:**

Se seleccionaran en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, con frecuencia y dependiendo del universo y la estrategia seleccionada.

**Técnicas Educativas:** Video debates y talleres se utilizarán estas técnicas que permitan actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

**Cronograma de actividades:**

<b>Temas</b>		Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5
1	Cambios fisiológicos en el adulto mayor que influyen en su alimentación	T				
2	Patologías relacionadas con hábitos alimentarios inadecuados.		T			
3	Recomendaciones referidas a la variedad y frecuencia del consumo de los diferente grupos de alimentos recomendados para el adulto mayor			T		
4	Importancia de la ingesta de líquidos y cantidades recomendada según las guías alimentarias				V	
5	Taller de consolidación y conclusiones.					T

Se establece en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

**Evaluación:**

Evaluación de resultados: se realizara tipo test - re test utilizando el mismo instrumento con que se realizó el diagnóstico inicial al menos dos semanas después de terminada la intervención.

Evaluación de actividades: se realizara al final de cada sesión con la aplicación de la técnica PNI desarrollada por Edward de Bono, lo que nos permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema a modo de retroalimentación.

Evaluación de proceso: se utilizara una encuesta diseñada al efecto que incluirá los aspectos relacionados con el análisis del cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas, y nivel profesional del facilitador, la cual será aplicada de forma individual o grupal durante la última sesión del programa a modo de conclusiones.

### **Presentación del programa**

Se planifica la realización de 5 sesiones de capacitación con una duración de 90 a 120 minutos cada uno con un máximo de 120 minutos en dependencia de cada tema y de la complejidad de cada módulo y de los objetivos a lograr. Se dividirá el grupo de los 48 adultos mayores en 2 grupos de 24 cada uno.

Se utilizarán métodos activos que propicien la participación activa de cada integrante, comprometiéndolo con la actividad y facilitando la toma de decisiones, empleando situaciones problemática de la vida diaria y asignándose roles y tareas individuales y grupales, respetando el criterio ajeno así como la diversidad del mismo, creando un ambiente positivo de fraternidad entre los miembros, estimulando la actividad creadora y la independencia, que promuevan a los participantes a presentar sus ejercicios con iniciativas, sugiriéndose aplicar técnicas de animación y audiovisuales para restablecer la capacidad de trabajo y la atención.

Requisitos de capacitación:

Se deberá garantizar la presencia de más del 50 % de los participantes en cada capacitación. El lugar debe tener las características necesarias de higiene, inmobiliario, y recursos didácticos.

Se dispondrá de la ubicación de forma que todos los participantes queden de frente unos a otros, facilitando así la interacción entre los mismos al realizar las dinámicas grupales.

## **ESTRUCTURA DEL PROGRAMA.**

**Título:** “Hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores comunidad Alacao”

**Objetivo general:** Reforzar la información sobre hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores comunidad Alacao. Cantón Guano.

**Dirigido a:** Adultos mayores de la comunidad Alacao. Cantón Guano.

**Horas totales:** 17 horas.

**Responsable:** Dr. Xavier Danilo Erazo Estrella

**Centro de Salud:** Guano.

**Forma organizativa docente:** video debate y talleres.

**Métodos:** métodos activos de enseñanza. (Charla educativa, demostración, video debate)

## **ACTIVIDADES DIDACTICAS**

1. Cambios fisiológicos en el adulto mayor que influyen en su alimentación

**Objetivo:** Detallar los cambios fisiológicos que se presentan como consecuencia del envejecimiento y su influencia en la alimentación.

**Responsable:** Médico familiar

2. Patologías relacionadas con hábitos alimentarios inadecuados

**Objetivo:** Definir las patologías que se presentan como consecuencia de hábitos alimentarios inadecuados.

**Responsable:** Médico familiar.

3. Recomendaciones referidas a la variedad y frecuencia del consumo de los diferentes grupos e alimentos recomendados para el adulto mayor

**Objetivo:** Aclarar la importancia de la variedad y frecuencia del consumo de los diferentes grupos de alimentos recomendados en el adulto mayor.

**Responsable:** Médico familiar

4. Importancia de consumo de líquidos y cantidades recomendada según las guías alimentarias

**Objetivo:** Orientar sobre la importancia de la ingestión de líquidos en cantidad y calidad suficiente.

**Responsable:** Médico familiar

5. Taller de consolidación y conclusiones

**Objetivo:** Consolidar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa.

**Responsable:** Médico familiar.

## **ORIENTACIONES METODOLÓGICAS**

### **MODULOS EDUCATIVOS**

**Guía educativa:** N°: 1

**Fecha:** (Semana 1)

**Población Beneficiaria:** Pacientes adultos mayores.

**Duración:** 120 minutos

1. **Tema:** Cambios fisiológicos en el adulto mayor que influyen en su alimentación.
2. **Objetivo:** Detallar los cambios fisiológicos que se presentan como consecuencia del envejecimiento y su influencia en la alimentación.
3. **Contenido:** Cambios fisiológicos del envejecimiento:
  - Apetito
  - Gusto
  - Olfato

- Boca

### **Desarrollo de la actividad**

- Presentación 10 minutos.
- Dinámica rompe hielo: (presentación en parejas). 20 minutos.
- Lluvia de ideas: 20 minutos.
- Charla educativa: 60 minutos.
- Preguntas y respuestas: 20 minutos.

### **Recursos**

- Computadora,
- Infocus,
- Pizarra,
- Marcadores,
- Pre test

**Responsable:** Médico familiar.

### **Dinámica 1:**

Presentación por pareja.

**Objetivo:** Presentación, animación.

**Desarrollo:** Los coordinadores dan la indicación de que nos vamos a presentar por parejas y que éstas deben intercambiar determinado tipo de información que es de interés para todos, por ejemplo: el nombre, el interés por el curso, sus expectativas, información sobre su trabajo, su procedencia y algún dato personal.

La duración de esta dinámica va a depender del número de participantes, por lo general se da máximo de tres minutos por pareja para la presentación en plenario.

**Recomendaciones:**



- Siendo una técnica de presentación y animación, debe intercambiar aspectos personales como por ejemplo: algo que al compañero le gusta, si tiene hijos, etc.
- La información que se recoge de cada compañero, se expresa en plenario de forma general, sencilla y breve.
- El coordinador debe estar atento para animar y agilizar la presentación.

Su utilización es específica para el inicio de un taller o jornada educativa.

Momento central o de desarrollo

En este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, los temas, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de los talleres, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias. Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular.

Momento final o de cierre.

Se realiza una reflexión grupal y mediante una lluvia de ideas se va reflejando en la pizarra las opiniones de los participantes acerca de las fortalezas, debilidades y amenazas que tienen para ellos esta estrategia de intervención.

**Guía educativa:** N° 2

**Fecha:** (Semana 2).

**Población beneficiaria:** Pacientes adultos mayores.

**Duración:** 90 minutos.

1. **Tema:** Patologías relacionadas con hábitos alimentarios inadecuados.
2. **Objetivo:** Definir las patologías que se presentan como consecuencia de hábitos alimentarios inadecuados.
3. **Contenido :** Patologías relacionadas con hábitos alimentarios inadecuados:

- Enfermedades crónicas más frecuentes como Obesidad, Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Diabetes Mellitus, Desnutrición.

**Responsable:** Médico familiar.

**Actividad y duración.**

Dinámica rompe hielo: (la canasta revuelta):10 minutos.

Lluvia de ideas: 10 minutos.

Charla educativa: 60 minutos.

Preguntas y respuestas: 10 minutos.

**Recursos:**

- Computadora
- Infocus
- Pizarra
- Marcadores
- Tríptico

**Dinámica 2:**

Canasta revuelta

**Objetivo:** Todos los participantes se forman en círculos con sus respectivas sillas. El coordinador queda al centro, de pie.

**Desarrollo:** En el momento que el coordinador señale a cualquiera diciéndole ¡Piña!, éste debe responder el nombre del compañero que esté a su derecha. Si le dice: ¡Naranja!, debe decir el nombre del que tiene a su izquierda. Si se equivoca o tarda más de 3 segundos en responder, pasa al centro y el coordinador ocupa su puesto.

En el momento que se diga ¡Canasta revuelta!, todos cambiarán de asiento. (El que está al centro, deberá aprovechar esto para ocupar uno y dejar a otro compañero al centro).

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con la presentación del sumario que se abordará en el transcurso de la clase.

Posteriormente el coordinador presentará una situación problémica afín con las patologías relacionadas con hábitos alimentarios inadecuados.

Momento central o de desarrollo

Se procederá a la construcción grupal de las principales patologías relacionadas con los hábitos inadecuados. Posteriormente cada uno espontáneamente aportará sus ideas relacionadas con el tema, para posteriormente en plenaria y utilizando la técnica de la lluvia de ideas expongan sus conocimientos acerca de las enfermedades crónicas más frecuentes como Obesidad, Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Diabetes Mellitus, Desnutrición. El coordinador irá reflejando las mismas y en el caso de que algunas sean parecidas lo señala. En otro momento el expositor dará su charla través de una presentación en PowerPoint expondrá las enfermedades crónicas más frecuentes como Obesidad, Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Diabetes Mellitus, Desnutrición. Momento final o de cierre.

Una vez concluida la actividad el coordinador indagará en el grupo acerca de sus expectativas sobre el tema si fueron o no cumplimentadas y que en caso de no haber sido satisfechas que lo expresen.

**Guía educativa:** N°3

**Fecha:** (Semana 3).

**Población beneficiaria:** Pacientes adultos mayores.

**Duración:** 120 minutos.

**Tema:** Recomendaciones referidas a la variedad y frecuencia del consumo de los diferentes grupos de alimentos recomendados para el adulto mayor

**Objetivo:** Esclarecer la importancia de la variedad y frecuencia del consumo de los diferentes grupos de alimentos recomendados en el adulto mayor.

**Responsable:** Médico familiar.

**Contenido:** -Diferentes grupos de alimentos.

-Frecuencia y variedad de consumo según los grupos de alimentos.

**Actividad y duración**

Dinámica rompe hielo: (el peregrino). 15 minutos.

Lluvia de ideas.10 minutos.

Taller grupal.60 minutos.

Se dividirá el grupo en 4 y cada grupo debatirá acerca de los grupos de alimentos.60 minutos.

Charla educativa. 25 minutos.

Preguntas y respuestas.10 minutos.

**Recursos:**

- Computadora.
- Infocus.
- Pizarra.
- Marcadores.
- Papelógrafos.
- Cinta adhesiva.
- Esferográficos.
- Hojas de Papel Bond.
- Tríptico.

**Dinámica 3:**

El peregrino.

**Objetivo general:** Mejorar la agilidad de los participantes.

**Objetivo específico:** A través de estas tareas se busca desarrollar los diferentes componentes desplazamiento para mejorar su calidad de vida.

**Desarrollo:** el instructor no dispone de silla, tiene el batón (la vara del peregrino) y explica mientras camina por dentro del círculo que él es un peregrino y va a reclutar a otros peregrinos. Tocaré a su paso, en las rodillas o pies a los elegidos, quienes le siguen en fila india. Sin previo aviso exclamará "estoy ya cansado" y se sentará en una silla libre, el resto de los participantes buscarán un sitio igual. Normas: quien quede sin lugar se convierte en peregrino.

Momento inicial o de introducción: Se da inicio al taller utilizando la técnica de completamiento de frases para comprobar la asimilación de los contenidos abordados en la actividad anterior.

Momento central o de desarrollo: Se utilizará la técnica del método de caso la que consiste en la presentación al grupo de un determinado problema o caso que parte de una situación lo más cercana a la realidad. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Se dividirá el grupo en cuatro subgrupos de cinco participantes cada uno.

La exposición del caso la lleva a cabo la coordinadora y puede hacerse mediante fotocopias o bien exponerse de forma oral. Si se reparte material escrito, tener en cuenta que puede haber integrantes del grupo que tengan dificultad para leer.

Para el desarrollo de la técnica utilizaremos la siguiente estrategia: Las participantes, después de haber leído o escuchado el caso, dan su opinión inmediata; esta fase servirá para que el grupo se dé cuenta de que existen diferentes opiniones o formas de enfocar un mismo problema.

Finalmente se realizara la charla educativa a manera de resumen los diferentes grupos de alimentos y la variedad y frecuencia adecuada de su consumo.

Momento final o de cierre: Una vez concluido el momento anterior la coordinadora utilizará como técnica de evaluación y cierre: "Reflexiones del día". Con el objetivo de llegar a fomentar la experiencia vivencial de lo que significó el día para los participantes.

**Guía educativa:** N° 4

**Fecha:** (Semana 4).

**Población beneficiaria:** Pacientes adultos mayores.

**Duración:** 90 minutos.

**Tema:** Importancia de consumo de líquidos y cantidades recomendada según las guías alimentarias

**Objetivo:** Orientar sobre la importancia de la ingestión de líquidos en cantidad y calidad suficiente.

**Responsable:** Médico familiar.

**Contenido:** Beneficios para el organismo de la ingesta de líquidos en las cantidades suficientes en el adulto mayor.

**Actividad y duración:**

- Dinámica rompe hielo: (cola de vaca).10 minutos.
- Lluvia de ideas. 10 minutos.
- Charla educativa.40 minutos.
- Presentación de un video (Importancia del agua) 20 minutos.
- Preguntas y respuestas.10 minutos.

**Recursos:**

- Computadora,
- Infocus,
- Pizarra,
- Marcadores,
- Diapositivas.
- Video.

**Dinámica 4:**

Cola de vaca

**Objetivo:** Animación

**Desarrollo:** Sentados en círculo, el coordinador se queda en el centro y empieza haciendo una pregunta a cualquiera de los participantes. La respuesta debe ser siempre "la cola de vaca". Todo el grupo puede reírse, menos el que está respondiendo. Si se ríe, pasa al centro y da una prenda. Si el compañero que está al centro se tarda mucho en preguntar da una prenda.

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy.

Momento central o de desarrollo

Se iniciara con una chara educativa sobre la importancia de la ingestión de líquidos en cantidad y calidad suficiente.

La actividad central del taller estará encaminada a realizar una discusión sobre este tema. En un segundo tiempo se proyecta el vídeo y se pregunta los criterios acerca del mismo

Momento final o de cierre

Se realizará preguntas y respuestas sobre el tema.

**Guía educativa:** N°5

**Fecha:** (Semana 5).

**Población beneficiaria:** Pacientes adultos mayores.

**Duración:** 90 minutos.

**Tema:** Consolidación y conclusiones

**Objetivo:** Consolidar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa.

**Responsable:** Médico familiar.

**Contenidos:** Todos los contenidos abordados en las actividades anteriores.

**Actividad y duración:**

Dinámica rompe hielo: (El Bum).10 minutos.

Lluvia de ideas.10 minutos.

Charla educativa.60 minutos.

Preguntas y respuestas.10 minutos.

**RECURSOS:**

- Computadora
- Infocus
- Pizarra
- Marcadores
- Tríptico.

**Dinámica 5:**

EL BUM

Se sientan en círculo, se dice que vamos a enumerarse en voz alta y que todos a los que les toque un múltiplo de....

**Objetivo:** Animación, Concentración.

**Desarrollo:** Todos los participantes se enumeran de tres (3- 6- 9- 12, etc.) o un número que termina en tres (13- 23- 33, etc.) debe decir ¡BUM! en lugar del número el que sigue debe continuar la numeración. Ejemplo: se empieza, UNO, el siguiente DOS, al que le corresponde decir TRES dice BUM, el siguiente dice CUATRO, etc. Pierde el que no dice BUM o el que se equivoca con el número siguiente. Los que pierden van saliendo del juego y se vuelve a iniciar la numeración por el número UNO.



La numeración debe irse diciendo rápidamente si un compañero se tarda mucho también queda descalificado. (5 segundos máximos).

Los dos últimos jugadores son los que ganan. El juego puede hacerse más complejo utilizando múltiplos de números mayores, o combinando múltiplos de tres con múltiplos de cinco por ejemplo, pero por la edad y la instrucción de los participantes decidimos de esta forma sencilla.

Momento central o de desarrollo

Se desarrollara una lluvia de ideas del tema anterior para lograr una conexión con el tema a tratarse.

Posteriormente se dará la charla educativa sobre los hábitos alimentarios adecuados de forma general.

Momento final o de cierre

Se harán las conclusiones del tema y se evaluara mediante preguntas y respuestas simples.

## **CONCLUSIONES**

Predominan los adultos mayores de 65 – 69 años, casados, sin ningún nivel de instrucción, con estado nutricional normopeso y sin prótesis dental parcial o total.

Los hábitos alimentarios son inadecuados y existe un conocimiento no satisfactorio sobre hábitos alimentarios adecuados, en específico sobre variedad y frecuencia de los alimentos a consumir y cantidad de líquidos a ingerir en el día.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre hábitos alimentarios adecuados y los hábitos alimentarios.

El diseño de la estrategia de intervención es necesaria para ser aplicada en la población de estudio debido al conocimiento no satisfactorio encontrado en esta población haciéndola más vulnerables a sufrir infecciones y enfermedades crónicas.

## **RECOMENDACIONES**

Comunicar a las autoridades del CS de Guano los resultados de la investigación para que apoyen la propuesta de intervención educativa.

Aplicar la estrategia diseñada en este trabajo de forma inmediata a la población adulta mayor para reducir la predisposición a infecciones y enfermedades crónicas y de esta manera lograr una mejor calidad de vida y un envejecimiento saludable.

Realizar una evaluación del conocimiento en otras comunidades y así socializar nuestro estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Barros.** (2004). *“La percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo.* pág. 222
- Baver Marion .** (2011). *La práctica clínica del trabajo social con personas mayores.* Buenos Aires. pág. 185
- Bayarre.** (2003). *Calidad de vida.* Gerontología Social Universitat de Barcelona
- Beltran Gonzalez .** (2007). *Estrategia de intervención educativa.*
- Burke y Walsh.** (2008). Adulto mayor. Recuperado de:  
[http://www.regard.ac.uk/research\\_findings/L480254002/report.pdf](http://www.regard.ac.uk/research_findings/L480254002/report.pdf)
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición . (2007).
- Cervera.** (2003). *Definición sobre el envejecimiento.* Recuperado:  
<http://psicomundo.com/tiempo/monografias/chile.htm>
- Cornatosky MA, Barrionuevo OT, Rodríguez NL y Zeballos JM .** (2009).
- Cuesta & Hortigüela. (2007). *El bienestar personal.*
- Cuevas González. E.** (2009). *Propuesta educativa en alimentación y nutrición para los beneficiarios del programa de vidas móviles localidad de ciudad Bolívar.*
- Alba.D ; Mantilla.S.** (2014). *“Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. ”*
- De Alba et al. (2001). *Malos hábitos alimenticios.* pág. 175
- Delpietro.** (2001). *Planificación alimentaria del adulto mayor.* Edit.  
Herrera Santí; Martínez García; Navarrete Ribalta. (2010).  
*El Manual de atención de adulto mayor .* (2010).
- Fiorella Sánchez-Ruiz, Flor De la Cruz-Mendoza, María Cereceda-Bujaico, Sissy Espinoza-Bernardo. (2011).
- García y Hombrados. (2002). *Bienestar y calidad de vida del adulto mayor.*
- González, Sancho et al. (2000). *El envejecimiento.* . Revista Geográfica Venezolana, N 34
- Guijarro et al. (2003). *Personas envejecidas.* Análisis Interdisciplinario. En:  
Envejecimiento, experiencias y perspectivas. AIG Ediciones, Bogotá Colombia.
- Harris. (2001). *El envejecimiento.* Grupo de Estudios Laborales, UCV
- Hoyl. (2003). *Proceso de envejecimiento.* pág 80

- <http://www.definicionabc.com/social/geronte.php>. (2016).
- Icaza. (2012). *Factores que determinan los hábitos alimenticios*.
- Inmaculada. (2003). *Aspectos generales sobre la vejez*. Publicado también con autorización en la Revista sobre igualdad y calidad de vida,
- Krzejmen. (2001). *Calidad de vida del adulto mayor*. Introducción a la evaluación psicológica Vol. 2 Madrid: Ed. Pirámide.
- Lopez LB. (2009). *Medidas, euqivalencias y proporciones de grupos de alimentos*.
- López, María Victoria. (2006). *Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia*.
- Lutz, et al. (2008). *Cantidad y calidad de grasa*. Discriminant validity and elderly day-treatment clients. *Psychological Reports*, 64, 1082.
- María Belén Ipiales. (2010). *Factores que determinan los hábitos alimenticios*.
- Marilin de Jesus Orlandini. (2010). *Ingesta alimentaria en adultos*.
- Miguel Krassovitch. (2001). *Envejecimiento*.
- Natalia Scolich . (2011). *Universidad Nacional del Rosario* .
- OMS. (2007). *Organización Mundial de la Salud*.
- OPS. (2015). *La Organización Panamericana de la Salud*.
- Palacios, Castro y Reygadas. (2004). “Calidad de vida en la vejez” Intervención Psicosocial Vol II N°5. Madrid.
- Platón. (2010). *Niveles del conocimiento*. Recuperado el 14 de noviembre de 2016
- Polo. (2008). *Principales cambios físicos del adulto mayor*.
- Pupi Roberto. (2003). *Inalterable en edades avanzadas. Cabidad bucal*
- Rebollo, Fernández y Ortega. (2001). OMS *Organización Mundial de la Salud*.
- Restrepo, et. al. (2006). *Estado nutricional*.
- Robert Schalock. (2011). *Bienestar y calidad de vida del adulto mayor*.
- Rocio Mabel Serrat. (2014). *Corporacion del estado nutricional de ancianos*.
- Rodríguez Vanesa . (2012). Policlínico PAMI II, "Marcelino Freyre". Rosario Argentina.
- Romina Baute. (2012). *Centro de Jubilados y Pensionados de Roldan* ,Provincia Santa Fe ,Argentina ,para la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Abierta Interamericana.
- Sedó P. (2004). *Estado nutricional del adulto mayor*.

Soifer G. (2001). *Altercaiones en los tiempos de la nutrición*.

Tom Davenport . (2016). *Definicion de Concepto*.

Valentina María Álvarez Contreras. (2015). *Valoración del Estado Nutricional de los Adultos Mayores que acuden al Centro Gerontológico “Árbol De Sueños”*.

Yamasaki. (2004). Hábitos alimentarios. An avenue toward satisfaction in later life. Int'l. J. Aging and Human Development, 37, 313-325.

# **ANEXOS**

**CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS**

Estimado/a Sr/Sra., nos acercamos hasta su casa para pedirle su participación en una entrevista sobre los hábitos alimentarios en los adultos mayores que se está llevando a cabo en la comunidad Alacao, del Cantón de Guano.

El objetivo principal es proporcionar información fiable y precisa sobre hábitos alimentarios de la población de adultos mayores para tratar de diseñar una estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados.

Su participación en el programa supone responder a un cuestionario con preguntas relacionadas fundamentalmente con su alimentación y, en menor medida, con su salud.

Además, se medirá el peso y la talla, medidas relacionadas con el estado nutricional.

Tiene usted la garantía de que estos datos son exclusivamente utilizados para los objetivos del estudio. Usted tiene el derecho a solicitar en cualquier momento que eliminemos de los registros sus datos personales.

Gracias por su colaboración.

Dr. Xavier Danilo Erazo Estrella  
Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria



## **Anexo B**

**Código \_\_\_\_\_**

### **CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS**

Estimado/a Sr/Sra., nos acercamos hasta su casa para pedirle su participación en una entrevista sobre los hábitos alimentarios en los adultos mayores que se está llevando a cabo en la comunidad Alacao, del Cantón de Guano.

El objetivo principal es proporcionar información fiable y precisa sobre hábitos alimentarios de la población de adultos mayores para tratar de diseñar una estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados.

Su participación en el programa supone responder a un cuestionario con preguntas relacionadas fundamentalmente con su alimentación y, en menor medida, con su salud.

Además, se medirá el peso y la talla, medidas relacionadas con el estado nutricional.

Tiene usted la garantía de que estos datos son exclusivamente utilizados para los objetivos del estudio. Usted tiene el derecho a solicitar en cualquier momento que eliminemos de los registros sus datos personales.

Gracias por su colaboración.

Dr. Xavier Danilo Erazo Estrella  
Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria

## CUESTIONARIO DE HABITOS ALIMENTARIOS

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo (1)..... Masculino  
(2)..... Femenino

1. ¿Cuál es su último año de estudio?

- (1) Ninguno
- (2) Primaria incompleta
- (3) Primaria
- (4) Secundaria
- (5) Universitario

2. ¿Cuál es su estado conyugal?

- (1) Soltero/a
- (2) Unión libre
- (3) Casado/a
- (4) Viudo/a
- (5) Divorciado/a
- (6) Separado/a

3. ¿Tiene dentadura postiza?

- (1) Si
- (2) No

4. ¿Tiene algún problema para morder o masticar los alimentos?

- (1) Si
- (2) No

## **Evaluación del estado nutricional**

Peso:

Talla:

IMC:

1. ¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?

- (1) Una vez al día
- (2) Dos veces al día
- (3) Tres veces al día
- (4) Cuatro veces al día
- (5) Cinco veces al día

2. ¿Consume productos lácteos (leche, queso, yogurt)?

- (1) 1-2v/d
- (2) 1-2 v/s
- (3) 3-4v/s
- (4) Más de 5v/s
- (5) Nunca

3. ¿Consume proteínas de origen animal (carne roja, pollo, pescado, huevo)?

- (1) 1-2v/d
- (2) 1-2v/s
- (3) 3-4v/s
- (4) Más de 5v/s
- (5) Nunca

5. ¿Consume leguminosas o granos en vaina (frejol, habas, arveja, lenteja, garbanzo)?

- (1) 1-2v/s
- (2) 3-4v/s
- (3) 5v/s
- (4) Nunca

6. ¿Consume cereales como (arroz, trigo, cebada, maíz, avena, pan, fideos, espaguetis, tallarines)?

- (1) 1-2 v/d
- (2) 1-2 v/s
- (3) 3-4v/s
- (4) Más de 5v/s
- (5) Nunca

7. ¿Consume tubérculos (zapallo, papas, ocas, melloco, yuca)?

- (1) 1-2v/d
- (2) 1-2 v/s
- (3) 3-4v/s
- (4) Más de 5v/s
- (5) Nunca

8. ¿Consume frutas (naranja, manzana, pera, banano, uva)?

- (1) 1-2v/d
- (2) 1-2 v/s
- (3) 3-4v/s
- (4) Más de 5v/s
- (5) Nunca

9. ¿Consume verduras (zanahoria, tomate, acelga, coliflor, espinaca, )?

- (1) 1-2v/d
- (2) 1-2 v/s
- (3) 3-4v/s
- (4) Más de 5v/s
- (5) Nunca

10. ¿Cuándo Ud. Prepara los alimentos utiliza aceite o manteca en cantidad de?

- (1) Cucharada al día
- (2) Cucharadas al día
- (3) Cucharadas al día
- (4) Más de 3 cucharadas al día

11. ¿Cuántas veces al día ingiere colas, dulces o alimentos ricos en azúcar?

- (1) 1 vez al día
- (2) 2 veces al día
- (3) Más de 2 veces al día
- (4) No ingiere

12. ¿Qué bebida toma junto con sus comidas durante el día?

- (1) Agua natural
- (2) Café o té
- (3) Leche o yogurt
- (4) Gaseosa
- (5) Jugo o refresco de fruta

13. ¿Cuántos vasos de agua natural toma al día?

- (1) De 8 a 10 vasos
- (2) De 5 a 7 vasos
- (3) De 2 a 4 vasos
- (4) Menos de dos

14. Una dieta es adecuada cuando usted ingiere diariamente los siguientes alimentos:

- (1) Cereales y tubérculos
- (2) Proteínas de origen animal y vegetal
- (3) Frutas y vegetales
- (4) Leche, yogur o queso
- (5) Azucares y grasas

- (6) Sopas y tubérculos
- (7) Carne y verduras
- (8) Colas y dulces
- (9) Ninguna de las anteriores

15. ¿Considera importante revisar las etiquetas de los alimentos?

- (1) Si
- (2) No
- (3) No sabe

16. Conoce Ud. ¿Cuántas veces al día es aconsejable ingerir alimentos?

- (1) Una vez al día
- (2) Dos veces al día
- (3) Tres veces al día
- (4) Cuatro veces al día
- (5) Cinco veces al día
- (6) No sabe

17. ¿Con que frecuencia se debe consumir?

a) Leche, queso, yogurt:

- (1) 1-2v/d
- (2) 1-2 v/s
- (3) 3-4v/s
- (4) Más de 5v/s
- (5) Nunca

b) Huevos

- (1) 1-2v/d
- (2) 1-2v/s
- (3) 3-4v/s
- (4) Más de 5v/s

(5) Nunca

c) Carnes (pollo, pescado y carnes rojas)

(1) 1-2v/d

(2) 1-2 v/s

(3) 3-4v/s

(4) Más de 5v/s

(5) Cada mes

(6) Nunca

d) Leguminosas o granos en vaina (frejol, arveja, lenteja, garbanzo).

(1) 1-2v/s

(2) 3-4v/s

(3) 5v/s

(4) Nunca

e) Cereales como (arroz, trigo, cebada, maíz, avena).

(1) 1-2 v/d

(2) 1-2 v/s

(3) 3-4v/s

(4) Más de 5v/s

(5) Nunca

f) Harinas (maíz, trigo, cebada, arveja, haba)

(1) 1-2v/d

(2) 12 v/s

(3) 3-4v/s

(4) Más de 5v/s

(5) Nunca

g) Tubérculos (oca, melloco, papa, remolacha, zapallo)

(1) 1-2v/d

(2) 1-2 v/s

(3) 3-4v/s

(4) Más de 5v/s

(5) Nunca

h) Frutas (manzana, pera, banana, naranja, uvas).

(1) 1-2v/d

(2) 1-2 v/s

(3) 3-4v/s

(4) Más de 5v/s

(5) Nunca

i) Verduras (zanahoria, cebolla, col, acelga, coliflor).

(1) 1-2v/d

(2) 1-2 v/s

(3) 3-4v/s

(4) Más de 5v/s

(5) Nunca

19. Conoce cuántos vasos de agua natural se debe tomar al día?

(1) De 8 a 10 vasos

(2) De 5 a 7 vasos

(3) De 2 a 4 vasos

(4) Menos de dos

(5) No conoce



## Anexo C

Porcentaje de preguntas evaluadas desfavorablemente por expertos en dos rondas según criterios de Moriyama.

	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	1a	2a	1a	2a	1a	2a	1a	2a
	%	%	%	%	%	%	%	%
Hábitos alimentarios								
Dimensión I	18.7	0	18.7	2.1	14.2	2.8	16.5	7.2
Dimensión II	8.3	0	6.3	5.7	0	0	8.3	0
Conocimiento								
Dimensión I	14.3	6.4	16.2	8.5	11.5	0	10.6	0
Dimensión II	19.6	8.4	19.6	2.8	15.8	0	14.7	8.3
Dimensión III	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	12.8	2.96	12.2	3.8	8.3	0,6	10.02	3.1

## **Anexo D**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo Doctor. Xavier Danilo Erazo Estrella, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema Diseño de estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores. Alacao, Guano, enero a junio 2016, como requisito para obtener el título de especialista.

El objetivo del estudio es diseñar una estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores de la comunidad Alacao, Guano, en el período enero a junio 2016.

Se entrevistará a los pacientes adultos mayores sobre los hábitos y los conocimientos sobre este tema, además se tomarán las medidas antropométricas a cada uno de los pacientes que formen parte de la investigación.

El propósito del estudio consiste en lograr elevar el conocimiento sobre los hábitos alimentarios en los adultos mayores.

Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informado(a) sobre la importancia de este trabajo para incorporar conocimientos sobre hábitos alimentarios adecuados.

Para que conste mi libre voluntad, firmo la presente el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## Anexo F

### RECURSOS/PRESUPUESTO:

- **Presupuesto**

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

### Gastos del proyecto

#### 1 Salario

Recurso humano	Salario devengado	% Seguridad Social	Salario Total	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico posgradista	1,025.00	75.00	1,100.00	10%	110.00

Total de gastos por concepto de salario: \$ 2,530.00

#### 2 Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	4	\$3,50	\$14,00
Carpetas	Unidad	10	\$0,50	\$5,00
Cuadernos	Unidad	5	\$1,50	\$7,50
Esferos	Unidad	4	\$0,25	\$1,00
Creyones	Unidad	4	\$0,50	\$2,00
Marcadores	Unidad	4	\$0,50	\$2,00
Discos compactos CDs	Unidad	12	\$0,50	\$6,00
Tonner impresora láser	Unidad	1	\$40,00	\$40,00
Pizarra	Unidad	1	\$15,00	\$15,00
Grapadora	Unidad	1	\$2,00	\$2,00
Perforadora	Unidad	1	\$2,00	\$2,00

Total		\$96,50
-------	--	---------

### 3 Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	\$800,00	\$800,00
Impresora Láser	Unidad	1	\$200,00	\$200,00
Proyector de imágenes	Unidad	1	\$1.000,00	\$1.000,00
Total				\$2.000,00

### 4 Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	300	\$0,06	\$18,00
Anillado	Hoja	10	\$2,00	\$2,00
Fotocopias	Hoja	200	\$0,04	\$8,00
Empastado	Hoja	5	\$5,00	\$15,00
Escaneados	Hoja	50	\$0,04	\$2,00
Total				\$45,00

### 5 Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Viajes (gastos en pasajes)				
Combustible para viajes	Litro	30	\$2,00	\$60,00
Alimentación	Unidad	300	\$1,00	\$300,00
Total				\$360,00

### **Resumen del presupuesto en gastos directos**

Gastos directos	Costo en dólares
Personal (Salario)	\$2.530,00
Material de oficina	\$96,50
Equipos	\$2.000,00
Servicios	\$45,00
Otros gastos	\$360,00
Total	\$5.031,5

**Total de gastos directos: \$ \_\_\$5.031,5\_\_**