



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**“EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y ELABORACIÓN DE
UNA GUÍA ALIMENTARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR- GUANO 2014”**

TESIS

Previo a la Obtención del Título de:

Nutricionista Dietista

JHOANNA LISSETTE COLOMA MAZA

**RIOBAMBA- ECUADOR
2015**

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por la oportunidad que me ha brindado de llegar hasta aquí, a mis padres Sbp. S.P. Miguel Coloma y Mariana Maza, que son el pilar de mi formación; a my hermana por darme la satisfacción de ser parte de su vida y ser la mía; junto con mis padres que han sido my camino y ella my guía; mis abuelitos no presentes, mis abuelitas por el apoyo moral, su consejo y preocupación; mis tíos y primos, especialmente a Tnt José Alejandro Guijarro y Tga. Vanessa Coloma que han sabido brindarme el apoyo necesario para seguir; mis pequeños niñ@s “Danny’s”, que con su presencia alegran cada día de mi vida y hacen que tenga fuerza de seguir adelante, P.N.; a las personas que de una u otra manera han permitido forzosamente a que vea distinto el ritmo de la vida y siga creciendo como persona.

Así también como my agradecimiento va infinitamente a mis maestros de trayectoria que por medio de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo me han enseñado e inculcado a seguir, de manera especial a la Dra. Valeria Carpio que me colaboró hasta su alcance, al Dr. Patricio Ramos por su paciencia y tiempo dedicado y a la Dra. Susana Heredia quién acepto continuar con el proyecto; así como también al Administrador Msc. Manuel Ibarra Rea, coordinador del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor-Guano MIES, por abrirme las puertas para realizar mis practicas pre-profesionales, como también my proyecto de tesis y por brindarme el apoyo incondicional para permitirme crecer profesional y espiritualmente; y a los Adultos Mayores del Centro Gerontológico.

DEDICATORIA

Dedico my tesis con toda humildad a Dios porque es quien permite mi logro, a la Virgen del Cisne quién me guía y a las personas que de corazón me han brindado un consejo y apoyo profesional y personal.

A mis padres por extenderme su mano, su tiempo, dedicación y apoyo día a día sin dejarme sola y ser my ejemplo de fuerza.

Dedico a los Adultos Mayores, que luchan por tener una vida digna y por la enseñanza que brindan a las futuras generaciones, porque su cabecita blanca está llena de sabiduría, entendimiento y amor.

Jhoanna Coloma M.

INDICE DE CONTENIDOS

Contenido

RESUMEN	8
SUMMARY	9
I. INTRODUCCIÓN	10
II. OBJETIVOS	13
A. OBJETIVO GENERAL:.....	13
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	13
III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	14
A. EL ADULTOMAYOR	14
1. Definición de envejecimiento	14
2. Adulto mayor- características	15
3. Hábitos alimentarios en el adulto mayor.....	17
4. Cambios fisiológicos y psicológicos.....	17
B. NUTRICION EN EL ADULTO MAYOR	20
C. ENCUESTA MNA (Mini Nutritional Assesment).....	30
D. GUIA ALIMENTARIA.....	31
IV. METODOLOGIA	35
V. RESULTADOS	46
VI. CONCLUSIONES	71
VII. RECOMENDACIONES.....	73
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CARACTERISTICAS GENERALES

Distribución del grupo en estudio según Población DIURNOS/RESIDENTES.....	47
Distribución del grupo en estudio según Edad.....	48
Distribución del grupo en estudio según Sexo.....	49
Distribución del grupo en estudio según Peso (kg).....	50
Distribución del grupo en estudio según Talla (cm).....	51

ESTADO NUTRICIONAL

Distribución del grupo en estudio según IMC (kg/m ²).....	52
Distribución del grupo en estudio según Circunferencia Braquial (CB en cm).....	53
Distribución del grupo en estudio según Circunferencia de la Pantorrilla (cm).....	54
Distribución del grupo en estudio según Pérdida de apetito.....	55
Distribución del grupo en estudio según Perdida Reciente de Peso (<3 meses)..	56
Distribución del grupo en estudio según Movilidad.....	57
Distribución del grupo en estudio según Enfermedad Aguda o Situación de Estrés Psicológico.....	58
Distribución del grupo en estudio según Problemas Neuropsicológicos.....	59
Distribución del grupo en estudio según Vive Independiente en su Domicilio.....	60
Distribución del grupo en estudio según Toma más de 3 medicamentos al día....	61
Distribución del grupo en estudio según Úlceras o Lesiones Cutáneas.....	62
Distribución del grupo en estudio según Comidas Completas al Día.....	63
Distribución del grupo en estudio según Consumo de Frutas o Verduras 2 veces al día.....	65
Distribución del grupo en estudio según Consumo de Líquidos al Día.....	66
Distribución del grupo en estudio según Forma de Alimentarse.....	67

Distribución del grupo en estudio según Consideración de malnutrición en base a percepción propia.....	68
Distribución del grupo en estudio según auto comparación del estado de salud en relación a personas de su misma Edad.....	69
Distribución del grupo en estudio según EVALUACION GLOBAL DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	70

INDICE DE TABLAS

Distribución del grupo en estudio según Consumo de productos lácteos, carne, pescado o aves 1 vez al día; huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana.....64

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el estado nutricional y elaborar una guía alimentaria para el Adulto Mayor. Se analizaron variables como: características generales (edad, sexo, peso y talla) y estado nutricional (18 variables indicadas en la encuesta MNA). El presente estudio incluye la aplicación de la Encuesta MNA (Mini Nutritional Assesment), que sirve para evaluar su estado nutricional, utilizando sus implementos acompañantes, su puntuación permite identificar malnutrición, riesgo de malnutrición o normalidad. El estudio se conformó con 75 personas, de 75 a 100 años, con un promedio de 79 años de edad, habiendo mayor porcentaje de mujeres que de hombres; se observó una frecuencia de comidas completas al día promedio de 3 comidas al día. En cuanto a la evaluación del estado nutricional se encontró una normalidad de 61.3%, el 33.3% de riesgo de malnutrición, y 5.3% de malnutrición. Como instrumento educativo, se diseñó una guía alimentaria, que menciona conocimientos técnicos sobre la alimentación y el estilo de vida, la presente guía ayudará a mejorar y mantener un correcto estado nutricional del Adulto Mayor, conteniendo mensajes e imágenes claves, para un fácil entendimiento de la población y así mejorar su alimentación; se recomienda que la población debe realizar actividades ocupacionales para disminuir problemas neuropsicológicos, como pérdida de memoria, estrés; y modificar sus tiempos de comida a los 5 recomendados nutricionalmente.

SUMMARY

The present research has like objective to evaluate the nutritional stage and elaborating a food guide for the elderly people. The following variables were analyzed: general characteristics (age, gender, weight and height) and nutritional stage (18 variables indicated by the survey MNA (mini nutritional assessment)). Besides it is including the application of MNA survey, in order to evaluate its nutritional stage, using its implements; its punctuation allows identifying malnutrition, risk of malnutrition or normality. The study was comprised by 75 persons, from 75 to 100 years old, with an average of 79 years old, the highest percentage corresponds to women; it was observed a frequency of three daily full meals. Regarding to the evaluation of nutritional stage was found a normality of 61.3%, the 33.3% of malnourished risk, and 5.3% of malnutrition. Like educative instrument, was designed a food guide, with technical knowledge about the feeding and life style, the guide will help to improve and to keep an adequate nutritional stage of Elderly people, with key messages and images, for its easy comprehension; It is recommended that the population should do occupational activities to decrease neuropsychological problems, like memory loss, stress; and to modify their to five nutritionally recommended.

Evaluación del Estado Nutricional y elaboración de una Guía Alimentaria en Adultos Mayores del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor- Guano 2014.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos esenciales a tener en cuenta durante el envejecimiento fue el estado nutricional del adulto mayor que se ve afectado por los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida, además de los trastornos que surgen del proceso de envejecimiento como la disminución del apetito, disminución de la ingesta de agua y otros nutrientes esenciales; todo ello podrá llevar a una desnutrición, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes.

El envejecimiento de la población avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas con 60 y más años.

En la actualidad, hay en el Ecuador 1.192.476 adultos mayores. Se estima una prevalencia de sarcopenia entre el 22 y el 28% en los hombres y el 31 y 52% en mujeres, esto es debido a la pérdida de músculo.

La elaboración de las guías alimentarias están basadas en la situación de salud y nutrición de la población, teniendo como objetivo la educación en nutrición, la prevención de enfermedades y el mejoramiento del estilo de vida .

El Centro de Atención Integral al Adulto Mayor- Guano es una estructura nueva, se encuentra ubicado en el barrio La Matriz cantón Guano, tiene una longitud de 2000 metros de terreno, es un centro que presta atención al adulto mayor con derechos vulnerables, pobreza, extrema pobreza y abandonados por sus familiares, el cual

cuenta con cuatro modalidades: residencial, diurna, domiciliaria, espacios alternativos; con una capacidad para 80 adultos mayores en la modalidad Diurna y 27 en la modalidad Residencial.

Los adultos mayores residenciales permanecerán en el centro por el lapso de 6 meses, los mismos que serán reinsertados con sus familiares en el caso que los tuvieran, caso contrario permanecerían ahí hasta el último día de su vida; si al tener familiares el departamento de trabajo social haría un seguimiento a los mismos para poner en conocimiento la existencia y estado del adulto mayor, para en el lapso de tres meses mediante tratamiento psicológico reinsertar al individuo con sus familiares.

En el caso del espacio diurno el objetivo primordial del centro es brindar un envejecimiento digno y estable según como manda la constitución y las normas técnicas establecidas en el MIES; el espacio diurno brinda diferentes servicios al adulto mayor, como son: trabajo social, psicología, nutrición, salud, gastronomía y fisioterapia; estableciendo diferentes talleres ocupacionales, grupales, físicos y psicológicos para el bienestar bio-psico-social, con la finalidad de llegar al tema establecido por el gobierno el buen vivir.

Los adultos mayores, dada su condición, requieren de una atención especial que permita velar por su salud, estabilidad emocional, pero sobretodo se busca que ellos puedan reintegrarse a su vida anterior, en lo cual viene incluido la alimentación; por sobre todas las cosas algo que el ser humano con el trascurso del tiempo cambia es sus hábitos alimentarios de acuerdo a su estilo de vida, por lo cual hay un erróneo

conocimiento en los adultos mayores en cuanto a la alimentación, como por ejemplo el decir que mientras este gordito está más saludable.

Para lo cual requiere aplicar una encuesta alimentaria MNA, que es un instrumento específicamente para el adulto mayor para saber el estado nutricional actual; la cual nos brinda eficacia y confiabilidad; en base a sus resultados se podrá proceder con la elaboración de la guía alimentaria.

El presente estudio permitirá de esta manera brindar una referencia de consulta en este importante tema, la cual tendrá información sobre cuidado, alimentación y nutrición del Adulto Mayor que asiste y reside en el Centro de Atención del cantón Guano en el año 2014.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el Estado Nutricional y Elaborar una Guía Alimentaria en Adultos Mayores del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor en el cantón Guano de la ciudad de Riobamba de la provincia de Chimborazo.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar las características generales de los Adultos Mayores.
- Valorar el estado nutricional de la población, a través de la MNA (Mini Nutritional Assesment) al grupo en estudio.
- Elaborar una guía alimentaria para los Adultos Mayores con los resultados encontrados en la encuesta aplicada.

III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

A. EL ADULTOMAYOR

1. Definición de envejecimiento

Tercera edad es un término antropo-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez, senectud y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término *personas mayores* (en España y Argentina) y *adulto mayor* (en América Latina).

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera personas “Mayores” a mujeres y hombres de 60 años o más. Los americanos denominan mayores-jóvenes a las personas comprendidas entre los 65 y los 74 años, mayores a los individuos comprendidos entre los 74.

La preservación de la salud física y mental constituye una responsabilidad individual, con independencia de las acciones dirigidas a su conservación en el

adulto mayor y representa un deber cívico para evitar añadir una carga económica o sentimental, a corto o lejano plazo, a la familia o a la propia sociedad, dando la posibilidad de alcanzar una vejez sana, portadora de ricas y ejemplarizantes experiencias para los más jóvenes; tal legado es un estilo de vida.

2. Adulto mayor- características

El adulto mayor se encuentra en la última etapa de su vida, pero eso no significa que ya ha muerto. La sociedad generalmente lo interpreta como alguien que ya no aporta, que ya no es productivo y por ello lo ignora, lo excluye y lo condena a la soledad ingrata.

Ante la indiferencia social, el adulto mayor debe desplegar toda su fuerza para mantenerse vivo en su espacio restringido, debe actuar con valentía y extraer de su propia sabiduría motivos que lo animen y le generen significados para vivir.

Si la sociedad escuchara más al adulto mayor, probablemente se ahorraría mucho tiempo para comprender algunos problemas y encontrar solución. Sin embargo, en una época en que se cree que solo lo nuevo y la innovación tienen valor, se corre el riesgo de despreciar los maravillosos aprendizajes que caminando por la vida se alcanzan.

Por caso, es frecuente que hoy día nos encontraremos con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan,, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes.

Pero también vale mencionar que existe una contracara y para algunas personas esta etapa de la vida es ciertamente compleja y difícil de sobrellevar, especialmente

en aquellos casos en los que el cuerpo empieza a deteriorarse. Porque en esta situación el individuo no puede trabajar, su actividad social disminuye y entonces se empieza a experimentar estados negativos como son los de exclusión y postergación.

Existen enfermedades y afecciones especialmente asociadas a este momento, como son: Alzheimer, osteoporosis, artrosis y cataratas, entre otras.

a. Vejez y Sabiduría

El que sabe envejecer es sabio de alguna manera y el que reconoce la sabiduría del anciano recibe un gran regalo.

Saber envejecer debería ser un reto para que la experiencia se convierta en leyenda y por tanto se transmita como obra de amor y vivencia.

Reconocer la vejez, es otro reto, para descubrir el tesoro que habita en la mente y en el corazón del anciano.

Probablemente esto sí sucedía en otras épocas, pero hoy el éxito no es la sabiduría sino la capacidad productiva y entonces el éxito tiene un tiempo limitado.

El concepto de la autorrealización personal no puede detenerse ni quedarse en el logro de proyectos e intereses personales y productivos, debe extenderse al logro de sabiduría, a la contemplación y al regocijo que le permita al adulto mayor reconocer y admirar la tarea realizada y compartir con los otros la experiencia lograda.

En la vida del adulto mayor sin duda hay luz y dirección, solo falta que le demos la oportunidad de encenderla y compartirla.

3. Hábitos alimentarios en el adulto mayor

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, 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:

- 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.

4. Cambios fisiológicos y psicológicos

El envejecimiento es un proceso continuo que inicia desde el momento en que nacemos y continúa durante todo el ciclo de vida y afecta a todos los sistemas del cuerpo. Sin embargo no todas las personas envejecen de la misma forma dependiendo de algunos factores como la herencia, y su estilo de vida desde la niñez.

Se presenta cambios fisiológicos y psicológicos en el Adulto Mayor debido a su edad.

a. Algunos de los **cambios fisiológicos** más significativos que se dan después de los 60 años son:

- Disminución de la masa muscular y aumento del porcentaje de grasa.
- Descalcificación de los huesos, particularmente en las mujeres y reducción de la talla por acortamiento de la columna vertebral.
- Disminución de la energía y fuerza.
- Perdida de dentadura y problemas de encías.
- Resequedad de boca y garganta y disminución de los gustos salados y dulces.
- Reflujo y llenura precoz.
- Alteración de patrón de sueño.
- Disminución de agudeza visual.
- Disminución de la capacidad de oír ruidos agudos y bajos.

b. Existen **cambios psicológicos** que se dan como:

- 1) **Modificaciones afectivas** que salen a relucir con más fuerza en función a la salud física, mental, situaciones familiares, emociones, afectividad, impotencia, pérdidas y motivaciones.

Presentan tres tipos de trastornos:

- Trastornos adaptativos como la depresión
- Trastornos afectivos como manía

- 2) **Trastornos cognitivos** como el olvido benigno, demencia, delirio o confusión, neurosis, ansiedad, hipocondría, neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis fóbica, neurosis histérica.

La más común es la afección cognitiva o pérdida de memoria que debido a la edad tiende a deteriorarse con rapidez al momento de recoger información y la memoria secundaria suele verse seriamente afectada. Esta pérdida de información genera un efecto psicológico negativo acompañado de preocupaciones y quejas.

1. **Factores que influye en el adulto mayor**

A que se produzcan los cambios relativos al envejecimiento contribuyen, en proporciones que varían mucho de unos sujetos a otros, tres tipos de factores.

- a. **Envejecimiento intrínseco o primario:** llamado también envejecimiento fisiológico, que viene derivado en gran parte de la mejor o peor carga genética con la que nace cada individuo. se trata de un fenómeno doblemente universal.

Por otro lado afecta a todos los sujetos sin excepción; hace a todos y a cada uno de los componentes del mismo, incluyendo aquellos directamente vinculados con la nutrición. Es un proceso inevitable y, hoy por hoy apenas da margen para un intervención afectiva a nivel preventivo que pudiera permitir una atenuación o retraso en sus manifestaciones.

- b. **Envejecimiento extrínseco o secundario:** puede desdoblarse en dos tipos de factores: unos derivados de la patología previa a la que haya podido estar sometida una persona durante su vida anterior (envejecimiento patológico).

Serían los cambios que tiene su origen en las enfermedades, accidentes o mutilaciones quirúrgicas acumuladas a lo largo de la vida con sus secuencias correspondientes, por lo que puede presentarse problemas de hipertensión, diabetes o tumores malignos; los cuales tienen relación con la nutrición.

- c. Este tiene que ver con el envejecimiento extrínseco, relacionado con el **ambiente** donde se ha desarrollado y con los factores de riesgo que ha sido sometido el individuo. En este punto es importante resaltar el grado de actividad física que ha mantenido durante su vida, tipo de alimentación y el nivel de factores tóxicos.

B. NUTRICION EN EL ADULTO MAYOR

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas.

Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La ingesta energética disminuye más aún en los más ancianos a causa de incapacidades que limitan su actividad física.

a. Interrelación alimentación-vejez

Es una interrelación que afecta directa o indirectamente a múltiples sistemas y aparatos. Entre ellos los cambios más importantes son los del aparato digestivo, tomando en cuenta que existe un cambio por el envejecimiento de los sistemas osteoarticular, muscular, inmune, renal, cardiovascular, neurológico, etc.

1. Cambios del aparato digestivo en el adulto mayor

a. En la boca

- Pérdida de dentición
- Disminución de la salivación
- Tendencia a la atrofia mucosa

b. En el esófago

- Tendencia a la atrofia mucosa
- Menor respuesta peristáltica
- Aumento de la respuesta no peristáltica
- Tendencia a la incompetencia del esfínter esófago-gástrico y al reflujo

c. En el estomago

- Tendencia a la gastritis atrófica
- Pérdida progresiva en la función motora
- Disminución de la secreción gástrica
- Peor respuesta vagal

d. **En el intestino**

- Tendencia a la atrofia mucosa
- Acortamiento y ensanchamiento del intestino grueso
- Perdidas en la función motora
- Tendencia a la aparición de divertículos

e. **En el hígado y páncreas exocrino**

- Reducción del tamaño
- Mínimos cambios funcionales

f. **Peor respuesta a las hormonas reguladoras**

- Insulina y glucagón
- Grelina
- Leptina

g. **Peor respuesta a numerosos fármacos de uso frecuente en la edad avanzada**

2. **Otras causas relacionadas con la alimentación y la nutrición:**

- ✓ **Sarcopenia:** pérdidas musculares; se debe a las limitaciones en el tipo y cantidad de los alimentos ingeridos. También reflejan el grado de inactividad física.
- ✓ **Osteopenia y osteoporosis:** pérdidas óseas; esta viene condicionada por el tipo de dieta. Niveles bajos de calcio y vitamina D; por su edad avanzada está obligado a modificar la dosis recomendada de estos nutrientes.

- ✓ **Pérdida de los órganos de los sentidos:** Son una constante del adulto mayor. somos conscientes por lo general de las que afectan a la vista y oído, pero no lo somos tanto de las que comprometen al gusto y olfato. por lo cual se debe tomar en cuenta también el desinterés por su alimentación, ya sea al comer o acceder a los alimentos.
- ✓ **Pérdidas en el sistema inmune:** condicionadas también en parte por el tipo de dieta mantenido durante la vida. El sistema inmune es aquel conjunto de estructuras y procesos biológicos en el interior de un organismo que le protege contra enfermedades identificando y matando células patógenas y cancerosas.

3. Estado Nutricional

a. Requerimiento energéticos

Se debe tomar en consideración el aporte de macronutrientes como es de proteínas grasas y carbohidratos. El enfoque en un aumento proteico en el adulto mayor debe ser importante, ya que es el que se encuentra en más pérdida.

b. Recomendaciones de micronutrientes

Los micronutrientes no son los más importantes pero no se puede tampoco dejar pasar por desapercibido; ya que por medio de el podemos diferenciar el tipo de dieta que tiene el adulto mayor, de su estado de salud y una dieta variada, amplia y rica en alimentos frescos. se toma en cuenta también que no se puede administrar suplementos de manera inadecuada.

El enfoque mayor de esos micronutrientes es el de las necesidades de vitamina D y de calcio.

1) Vitamina D

En los últimos años evidencias de unos niveles bajos de vitamina D en la mayoría de los ancianos son abrumadoras, lo que ha condicionado que las recomendaciones al respecto se eleven hasta un mínimo de 800 mg/día. Siendo su papel principal la prevención, no solo de la osteoporosis sino también de las caídas brindando mayor fortaleza y equilibrio sobre el musculo.

2) Calcio

Las recomendaciones de ingesta cálcica también ha subido, especialmente en las mujeres; y en la población anciana se recomienda de 1.200- 1.500 mg/día

Tomando en cuenta que suplementar la dieta con altas dosis de vitaminas D y E ayuda a que exista un retraso en el proceso de envejecer. Se debe tomar en cuenta que también se debe cubrir las deficiencias que exista de hierro, magnesio, folatos o vitamina B.

c. Agua y fibra

El agua es uno de los más esenciales de todos los alimentos. El adulto mayor es más propenso a que sea expuesto a una deshidratación por la reducción del agua extracelular e intracelular debido a su edad, y debido a los fármacos como diuréticos; y también se debe a que los sistemas de control homeostático pierden fuerza y esto ayuda a controlar la sed.

La utilización de fibra tiene un significado importante en el área de geriatría, ya que va a prevenir y ayudar a un buen control de procesos de estreñimiento, divertículos y diabetes mellitus.

d. Fármaco- Nutriente

El anciano es un gran consumidor de fármacos, se calcula su consumo entre 1 y 3 fármacos diarios. En el medio hospitalario esta proporcionado a unos 10 diarios. Tomando en cuenta que en su mayoría se auto medican de manera ocasional o regular; lo que puede interferir con la absorción, metabolización o eliminación de diferentes macro y micronutrientes.

Se recomienda tomar los medicamentos con abundante agua y hacerlo, una hora antes o dos horas después de las comidas.

Es necesario que los profesionales de la salud, especialmente, los que tengan a cargo la prescripción del fármaco y aquellos de los que depende la realización del plan alimentario, comprendan la importancia de tener el conocimiento y vigilar la administración conjunta o separada de los mismos, para un tratamiento más exitoso y con menos efectos adversos para el paciente.

e. Actividad física

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña

actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Que los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- Se realizan actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

4. Medidas Antropométricas

a. Toma de medidas antropométricas

- 1) **Estatura:** En la población anciana existe una gran prevalencia de patologías invalidantes, por lo que se encuentran serias dificultades de movimiento, deformidades importantes de la columna vertebral, cambios posturales, osteoporosis, ensanchamiento de la pelvis, exageración de las curvaturas de las extremidades inferiores o en sillas de ruedas.

TABLA 1. FORMULA ALTURA TALON/RODILLA DE CHUMLEA

FORMULA ALTURA RODILLA-TALON DE CHUMLEA
Para la talla del hombre = $(2,02 \times \text{altura rodilla}) - (0,04 \times \text{edad}) + 64,19$
Para la talla de la mujer = $(1,83 \times \text{altura rodilla}) - (0,24 \times \text{edad}) + 84,88$

- 2) **Peso:** De los pesos posibles de obtener nos interesa el actual y el habitual.

En el anciano pequeñas variaciones de peso pueden ser expresión de desnutrición.

Se considera un cambio significativo de peso en el anciano cuando la pérdida es de:

**TABLA 2. CAMBIO SIGNIFICATIVO DE PERDIDA DE PESO EN EL
ADULTO MAYOR**

PORCENTAJE	TIEMPO
1-2 %	en una semana
5 %	en un mes
7,5 %	en tres meses
10 %	en seis meses

- 3) **IMC:** El índice de masa corporal nos informa si el peso que presenta el paciente está dentro de lo esperado para su edad, sexo y contextura, o si tiene sobrepeso u obesidad.

Los indicadores en la población adulta no tienen por qué ser coincidentes con los de la población anciana.

TABLA 3. INDICE DE MASA CORPORAL NORMAL SEGÚN LA EDAD

EDAD	INDICE DE MASA CORPORAL NORMAL	
(años)	Hombres	Mujeres
60-69	24.4-30	23.5-30.8
70-79	23.8-26.1	22.6-29.9
80 y mas	22.4-27	21.7-28.4

La literatura recomienda que independiente del sexo se proceda a intervenir nutricionalmente cuando los ancianos presenten un IMC inferior a 24 y superior a 27.

4) Circunferencias:

a) Circunferencia braquial: Tomada en su punto medio equidistante entre la apófisis acromial y la apófisis del olecranon; es una medida bastante fidedigna en los ancianos.

TABLA 4. MEDIDA DE CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL EN PERCENTILES DE ACUERDO A SEXO Y EDAD

HOMBRES			
EDAD	PERCENTILES		
(años)	5	50	95
55-64 años	27.5	32.3	37.6
65-74 años	25.5	31.6	36.8
MUJERES			
(años)	5	50	95
55-64 años	25.1	30.8	39.4
65-74 años	24.3	30.5	38.8

C. ENCUESTA MNA (Mini Nutritional Assesment)

1. Definición

El Mini-Examen del Estado Nutricional es otro instrumento de detección que se utiliza para un primer nivel de evaluación del estado nutricional del adulto mayor. Permite identificar o reclasificar adultos mayores en riesgo nutricional, que deben ser intervenidos, y en algunas instancias, pasar a una evaluación complementaria que incluya parámetros bioquímicos.

2. Validez y confiabilidad

El instrumento fue validado en su versión original en varios países. Fue validado por primera vez en español para la población de adultos mayores mexicanos en 1998. Con el instrumento se incluye la puntuación para la evaluación del estado nutricional ofrecido por el test de validez original y por el test de validez con la población mexicana.

3. Méritos y limitaciones

Permite evaluación conjunta de áreas como antropometría, evaluación global, dieta y auto-evaluación subjetiva. La puntuación total obtenida permite identificar o reclasificar a los adultos mayores en riesgo nutricional y a los que deberían ser intervenidos de acuerdo a normas programáticas establecidas.

En esta encuesta se toma tres tipos de mediciones: peso, talla y circunferencias; para lo cual se tomara en cuenta la definición de los instrumentos con los que podemos obtener estos datos.

- a. **Balanza:** Es uno de los elementos más tradicionales, están las balanzas reloj o de piso, sin embargo en la actualidad se cuenta con las balanzas digitales o electrónicas y su exactitud es igual o mejor que las demás balanzas.

- b. **Tallímetro:** El tallímetro es una escala métrica apoyada sobre un plano vertical y un plano horizontal cursor deslizante para contactar con la parte superior de la cabeza o vertex. Precisión 1mm y se emplea para medir la estatura o talla y longitud.

- c. **Cinta antropométrica:** La cinta no tiene que ser elástica, flexible, no debe sobrepasar los 7 mm de anchura, de lectura fácil, calibrada en unidades métricas, con marcas claras para los cm, precisión de 1mm, unidades de medida en cm. con la cinta antropométrica ponemos medir la circunferencia del brazo y la circunferencia de la pantorrilla.

D. GUIA ALIMENTARIA

1. Definición

Es un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de alimentos en una herramienta práctica que facilita a diferentes personas la selección de una alimentación saludable y de esta manera elevar su cultura alimentaria.

Las guías se expresan en forma de gráficos y mensajes sencillos; que se validaron en amplios sectores de la población con representatividad de los diferentes niveles de enseñanza.

2. Importancia de la guía alimentaria

La importancia de las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA) en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades relacionadas con la dieta es reconocida. En la actualidad se ha planteado un nuevo enfoque con el que se persigue elaborar estas guías basándolas en los alimentos, en lugar de basarlas en los nutrientes como se solía hacer en algunos países.

Las GABA deben ser de carácter nacional, considerar la situación de salud y nutrición de la población de un país, y tener como objeto, mediante la educación en nutrición, tanto la prevención de las enfermedades nutricionales originadas por el déficit de consumo de energía o nutrientes específicos como la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta, cuya prevalencia es cada vez mayor en los países de América Latina.

En este trabajo se analiza el nivel de avance en la elaboración y uso de las GABA alcanzado en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Fundándose en la experiencia adquirida por estos países, se presentan algunas consideraciones sobre el diseño y utilización de las guías en los programas de educación nutricional destinados a la población.

3. Elaboración de la guía alimentaria

La guía alimentaria para el Adulto Mayor será elaborada con el fin de mejorar o mantener un correcto estado nutricional adecuado a su edad, tomando en cuenta

sus hábitos alimentarios, costumbres y tradiciones de la población; sin dejar a un lado los alimentos que puedan ser de fácil accesibilidad de la zona para los mismos. Se toma en cuenta que el anciano tiene un pensamiento diferente de ver las cosas en cuanto a alimentación se trata; es por ello que esta guía debe sostener frases concretas, precisas y concisas, que permitan que el adulto mayor comprenda la realidad de cómo debe ser su alimentación, los tiempos de comida, la cantidad adecuada de cada alimento, la variabilidad de un alimento y también la importancia de la actividad física siendo adaptada a su desarrollo físico.

4. Contenido de la guía alimentaria

La guía alimentaria para el Adulto Mayor tendrá una secuencia clara y concreta, tomando en cuenta que el contenido irá acorde a los resultados que serán obtenidos del grupo de estudio, relacionados con la alimentación; enfocado en información, educación, comunicación, por lo cual se considerará de la siguiente manera:

La guía contendrá portada, dedicatoria, índice, introducción, objetivos, objetivos educativos, contenido, en el cual constarán temas como: EL ADULTO MAYOR: definición de envejecimiento; realidad del adulto mayor; consecuencias del envejecimiento; factores que influyen el mejoramiento del adulto mayor; ESTILO DE VIDA SALUDABLE: un estilo de vida saludable incluye:; alimentación saludable; importancia de la alimentación; requerimientos nutricionales; carbohidratos, proteínas, grasas; vitaminas y minerales; vitamina D, calcio, importancia del consumo de calcio; agua, fibra; alimentación CESA, grupo de alimentos; tiempos de comida; porción de los alimentos; la alimentación y su relación con la salud; higiene; actividad física; que por medio de mensajes claves esto sea comprensible y

entendible para el personal encargado a dirigirse al Adulto Mayor y de la misma manera por el Adulto Mayor. Contendrá también un ciclo de menús; conclusiones, recomendaciones. Finalizando en la contraportada con sugerencias de actividades que podrían realizar los Adultos Mayores.

Objetivos:

- ✓ Dar a conocer e informar al Adulto Mayor por medio del personal encargado sobre las consecuencias de una dieta insuficiente en su diario vivir.
- ✓ Formar al Adulto Mayor sobre una adecuada alimentación (macro y micronutrientes), hidratación, suplementación.
- ✓ Corregir sus Hábitos Alimentarios y así mejorar su calidad de vida.
- ✓ Mostrar el uso de una ficha nutricional apta para el Adulto mayor (MNA-Mini Nutritional Assesment), donde ayudará a llevar un control de su estado nutricional.

Objetivos Educativos:

- ✓ Mantener un buen estado nutricional en el grupo de estudio por medio de una buena alimentación.

- ✓ Conservar una alimentación variada incluyendo todos los alimentos de cada grupo en su respectiva cantidad.
- ✓ Controlar los tiempos de comida y las porciones necesarias de cada alimento que vaya a ser consumido diariamente.
- ✓ Determinar una alimentación CESA (Completa, Equilibrada, Suficiente y Adecuada) de acuerdo a las necesidades del grupo de edad.
- ✓ Evitar el consumo de alimentos en exceso que contengan grandes cantidades de grasa o de alimentos fritos.
- ✓ Disminuir el consumo de sal y azúcar
- ✓ Consumir abundante agua/líquidos y alimento que contengan fibra para mejorar el tránsito intestinal.
- ✓ Mantener una adecuada higiene personal y al momento de preparar y servir los alimentos para evitar
- ✓ Realizar actividad física acorde a su edad y estado físico como mínimo 30 minutos diario.

IV. METODOLOGIA

A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

El estudio se realizó a personas Adultas Mayores asiladas en el Centro de Atención Integral al Adulto Mayor- Guano en el período comprendido desde julio - junio del año 2014-2015.

B. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación es de diseño no experimental, de tipo transversal.

C. VARIABLES

✓ **LINEA DE BASE**

1. Identificación

- a. Características generales de los Adultos Mayores.
- b. Estado nutricional

2. Definición

- a. Características generales de los Adultos Mayores
 - 1) Edad
 - 2) Sexo
- b. Estado nutricional
 - 1) Peso
 - 2) Talla
 - 3) IMC
 - 4) CB
 - 5) CP

6) Pérdida de peso

✓ **ELABORACIÓN DE GUÍA ALIMENTARIA**

- a) Portada
- b) Introducción
- c) Objetivos educativos
- d) Contenido
- e) Mensajes claves
- f) Ciclo de menús

3. Operacionalización

VARIABLES	CATEGORIA Escala	INDICADOR
Características Generales		
Población en modalidades de atención	Nominal	Diurnos Residentes
Edad	Continua	Años
Sexo	Nominal	Hombre Mujer
Peso	Continua	Kg
Talla	Continua	Cm
Estado Nutricional		
IMC	Ordinal	Kg/m ²
Circunferencia del Brazo	Continua	Cm
Circunferencia de la Pantorrilla	Continua	Cm
Pérdida de apetito	Continua	- ha comido mucho menos - ha comido menos - ha comido igual
Pérdida reciente de peso (<3 meses)	Continua	- pérdida de peso >3 kg - no lo sabe - pérdida de peso entre 1 y 3 kg - no ha habido pérdida
Movilidad	Continua	- de la cama al sillón - autonomía en el interior - sale del domicilio
Enfermedad aguda o situación de estrés psicológico	Continua	- Si - No
Problemas neuropsicológicos	Continua	- demencia o depresión grave - demencia moderada - sin problemas psicológicos
Vive independiente en su domicilio	Nominal	- Si - No
Toma más de 3 medicamentos al día	Continua	- Si - No

Úlceras o lesiones cutáneas	Continua	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Comidas completas al día	Continua	<ul style="list-style-type: none"> - 1 comida - 2 comidas - 3 comidas
Consumo de lácteos una vez al día	Continua	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Consumo de huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Consumo de carnes, pescado o aves diariamente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Consumo de frutas o verduras 2 veces al día	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Consumo de líquidos al día	Continua	<ul style="list-style-type: none"> - < de 3 vasos - de 3 a 5 vasos - más de 5 vasos
Forma de alimentarse	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda - Se alimenta solo con dificultad - Se alimenta solo sin dificultad
Se considera el paciente bien nutrido	Continua	<ul style="list-style-type: none"> - malnutrición grave - no lo sabe o malnutrición moderada - sin problemas de nutrición
Comparación con personas de su edad con su estado de salud	Continua	<ul style="list-style-type: none"> - peor - no lo sabe - igual - mejor
Evaluación Global del estado nutricional	Continua	<ul style="list-style-type: none"> - de 24 a 30 p Estado nutricional normal - de 17 a 23.5 Riesgo de malnutrición - menos de 17 p Malnutrición

D. POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

La población en estudio fue el universo de Adultos Mayores del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor-Guano de la provincia de Chimborazo cantón Guano, perteneciente al MIES, constituyendo de 50-60 Adultos Mayores en la modalidad diurna, y 15-20 Adultos Mayores en la modalidad residencial; en la toma de medidas y en la aplicación de la encuesta no se logró realizar a toda la población debido a que en la modalidad diurna uno de los faltantes se encontraba internado por problemas pulmonares, y 2 de ellos ya no asistían por el momento al Centro; mientras que en la modalidad residencial las dos personas faltantes no cumplen con la edad establecida para formar parte del grupo de Adultos Mayores, contando con 55 años de edad.

E. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

Se realizó un acercamiento con la persona encargada del Centro de Atención al Adulto Mayor, el Msc. Manuel Ibarra; brindando una explicativa clara y concisa de la investigación a realizarse en dicho lugar, dando a conocer las actividades que fueron realizadas por medio de un cronograma de actividades que fue elaborado para su conocimiento y organización con el personal que labora en el Centro.

Con la aceptación del Director se llevó un oficio que por medio del mismo quedó constancia legal de la aplicación y ejecución de la recolección de datos y elaboración del proyecto.

1. Recolección de información

Los instrumentos utilizados para el estudio fue aplicar la encuesta MNA (Anexo2), a los adultos mayores que es apropiada para dicha población; la cual requiere de balanza, cinta de medición y cinta antropométrica para sus respectivas tomas y con los datos obtenidos y las fórmulas de medidas antropométricas (Anexo 3), para la aplicación en el Centro de Atención Integral al Adulto Mayor- Guano.

a. **Toma de medidas antropométricas**

- 1) **Estatura:** En la población anciana existe una gran prevalencia de patologías invalidantes, por lo que se encontró serias dificultades de movimiento, deformidades importantes de la columna vertebral, cambios posturales, osteoporosis, ensanchamiento de la pelvis, exageración de las curvaturas de las extremidades inferiores o en sillas de ruedas.

- 2) **Peso:** De los pesos posibles de obtener interesa el actual y el habitual. En el anciano pequeñas variaciones de peso pueden ser expresión de desnutrición. Se considera un cambio significativo de peso en el anciano de acuerdo al porcentaje de pérdida.

- 3) **IMC:** El índice de masa corporal les informa si el peso que presenta el paciente está dentro de lo esperado para la edad, sexo y contextura, o si tiene sobrepeso u obesidad.

Los indicadores en la población adulta no tienen por qué ser coincidentes con los de la población anciana.

La literatura recomienda que independiente del sexo se proceda a intervenir nutricionalmente cuando los ancianos presenten un IMC inferior a 24 y superior a 27.

4) Circunferencias:

- 1. Circunferencia braquial:** Tomada en su punto medio equidistante entre la apófisis acromial y la apófisis del olecranon; una medida bastante fidedigna en los ancianos.

Esta información fue obtenida por el acercamiento con cada adulto mayor que pudo facilitar la misma, y en caso de ser dependientes una persona de personal encargado nos pudo acceder a la misma.

2. Procesamiento y análisis de la información

Una vez recolectada la información se llevó a cabo la tabulación de la encuesta aplicada a cada uno de los Adultos Mayores para obtener su resultado general y llevar a cabo la guía alimentaria para la población.

Para su efecto se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel 1997 ' 2003 y se exportaron los datos al paquete estadístico JMP versión 5.1

Para la tabulación de los datos medidos de escala nominal y ordinal se utilizó número y porcentaje, para los datos en escala continua se utilizó medidas de tendencia central: promedio, mediana valor máximo y mínimo y desvíos estándar.

Con la tabulación de la Evaluación del Estado Nutricional del Adulto Mayor se pudo elaborar la Guía alimentaria, la cual consta de la siguiente manera:

1. **Portada:** La portada fue elaborada de manera creativa y llamativa acorde al grupo en que ha sido presentado.
2. **Introducción:** En la introducción se detalló básicamente una definición de guía alimentaria, el fin de la elaboración de la guía, el contenido a tratar en la misma.
3. **Objetivos:**
 - 1) Dar a conocer e informar al Adulto Mayor por medio del personal encargado sobre las consecuencias de una dieta insuficiente en su diario vivir.
 - 2) Formar al Adulto Mayor sobre una adecuada alimentación (macro y micronutrientes), hidratación, suplementación.
 - 3) Corregir sus Hábitos Alimentarios y así mejorar su calidad de vida.
 - 4) Mostrar el uso de una ficha nutricional apta para el Adulto mayor (MNA- Mini Nutritional Assesment), donde ayudará a llevar un control de su estado nutricional.
4. **Objetivos educativos:** Los objetivos educativos planteados para esta guía alimentaria son:
 - 1) Mantener un buen estado nutricional en el grupo de estudio por medio de una buena alimentación.

- 2) Conservar una alimentación variada incluyendo todos los alimentos de cada grupo en su respectiva cantidad.
- 3) Controlar los tiempos de comida y las porciones necesarias de cada alimento que vaya a ser consumido diariamente.
- 4) Determinar una alimentación CESA (Completa, Equilibrada, Suficiente y Adecuada) de acuerdo a las necesidades del grupo de edad.
- 5) Evitar el consumo de alimentos en exceso que contengan grandes cantidades de grasa o de alimentos fritos.
- 6) Disminuir el consumo de sal y azúcar
- 7) Consumir abundante agua/líquidos y alimento que contengan fibra para mejorar el tránsito intestinal.
- 8) Mantener una adecuada higiene personal y al momento de preparar y servir los alimentos para evitar contaminación.

5. Contenido, en el cual constan temas como: EL ADULTO MAYOR: definición de envejecimiento; realidad del adulto mayor; consecuencias del envejecimiento; factores que influyen el mejoramiento del adulto mayor; ESTILO DE VIDA SALUDABLE: un estilo de vida saludable incluye;; alimentación saludable; importancia de la alimentación; requerimientos nutricionales; carbohidratos, proteínas, grasas; vitaminas y minerales; vitamina D, calcio, importancia del consumo de calcio; agua, fibra; alimentación CESA, grupo de alimentos; tiempos de comida; porción de los alimentos; la alimentación y su relación con la salud; higiene; actividad física;

que por medio de mensajes claves esto sea comprensible y entendible para el personal encargado a dirigirse al Adulto Mayor y de la misma manera para el Adulto Mayor; y por medio de

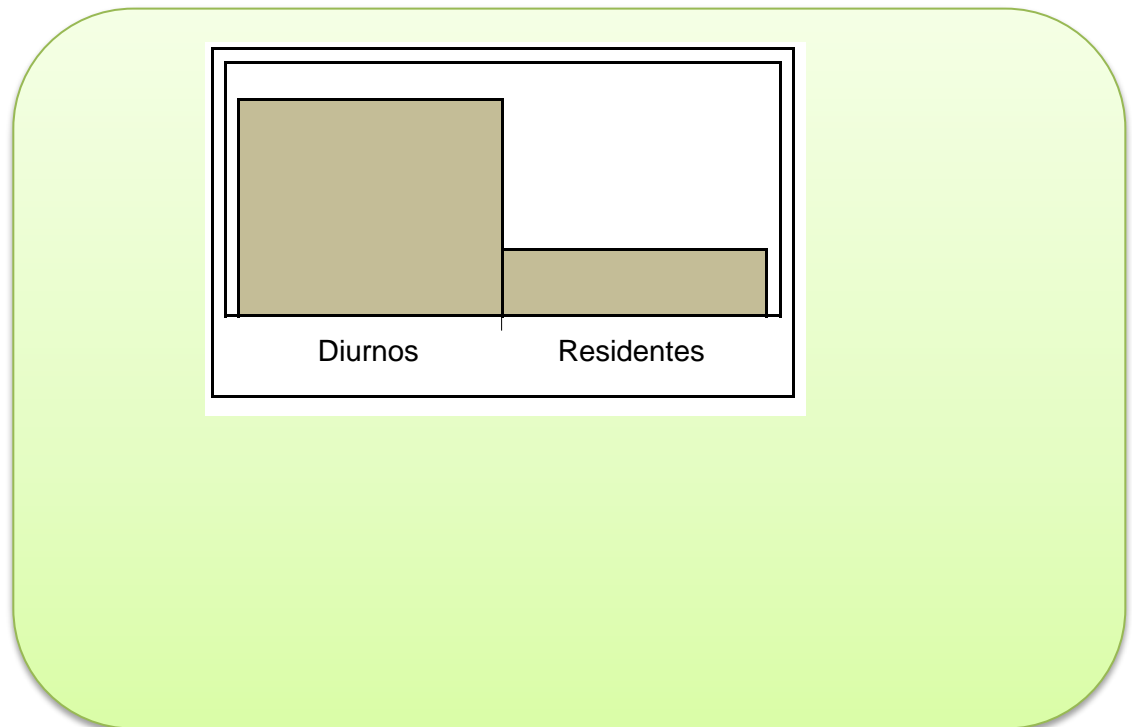
- ✓ **Mensajes claves:** Por medio de mensajes claves se facilita recomendaciones importantes de la alimentación del Adulto Mayor conforme se vaya presentando el tema del contenido;
- ✓ **Ciclo de menús:** Los ciclos de menús fueron asignados como ejemplos para tener más claro el tipo de alimentación que debe tener a diario una persona Adulta Mayor.
- ✓ **Conclusiones y Recomendaciones:** Las conclusiones y recomendaciones son directamente para el mejoramiento de la alimentación del Adulto Mayor y así mejorar su calidad de vida, evitando sedentarismo y posibles complicaciones en su diario vivir.
- ✓ **Sugerencias:** Estas sugerencias de actividades que pueden cumplir los adultos mayores ayudará a que se sientan útiles y mayormente activos, viendo su destreza y capacidad de realizarlas.

V. RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

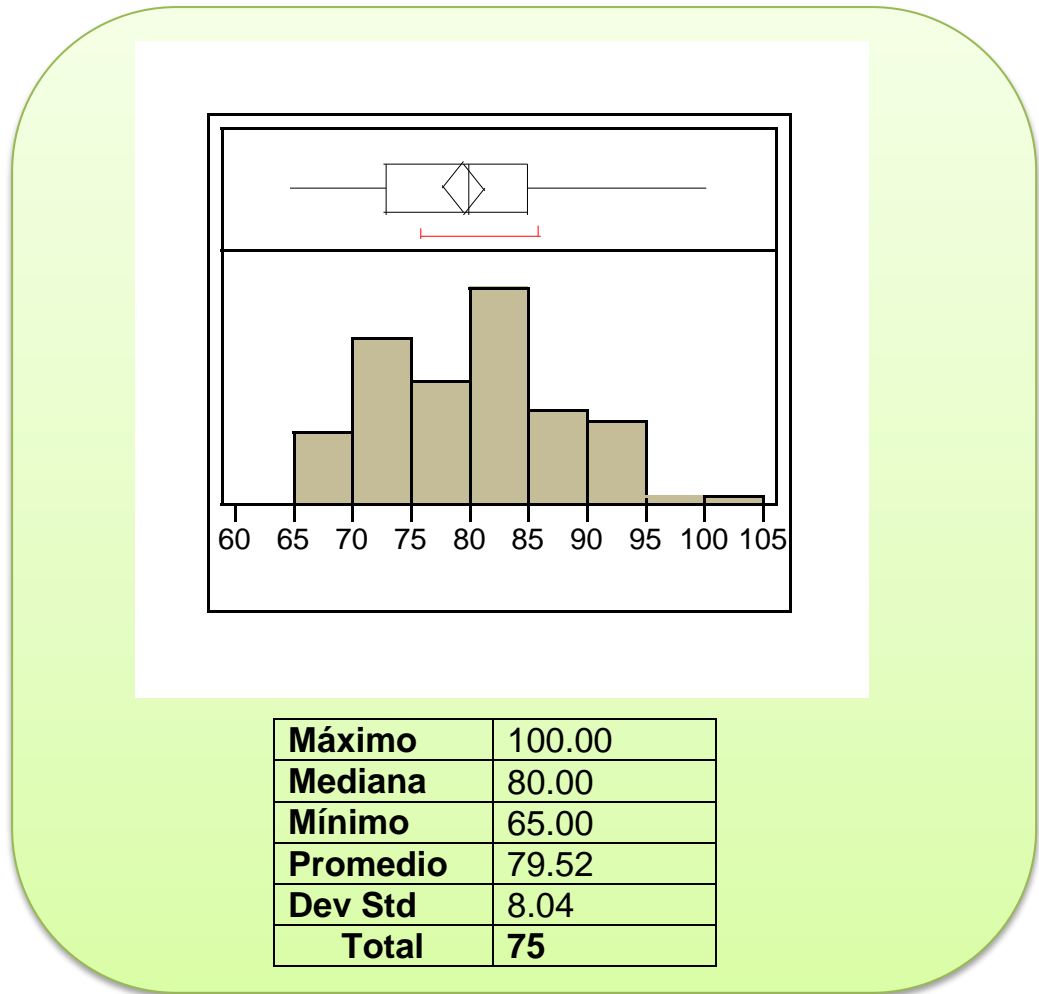
1. CARACTERISTICAS GENERALES

Grafico 1.- Distribución del grupo en estudio según modalidad de atención.



Al analizar los resultados de la población se encontró que un 76 % de la población que ha sido aplicada la encuesta MNA corresponde a los Diurnos, con una asistencia al Centro de 8 AM- 15 PM de lunes a viernes; mientras que el 24 % de la población son residentes, por lo cual su estadía es permanente en el Centro Gerontológico- Guano, correspondiente al 100% de la población.

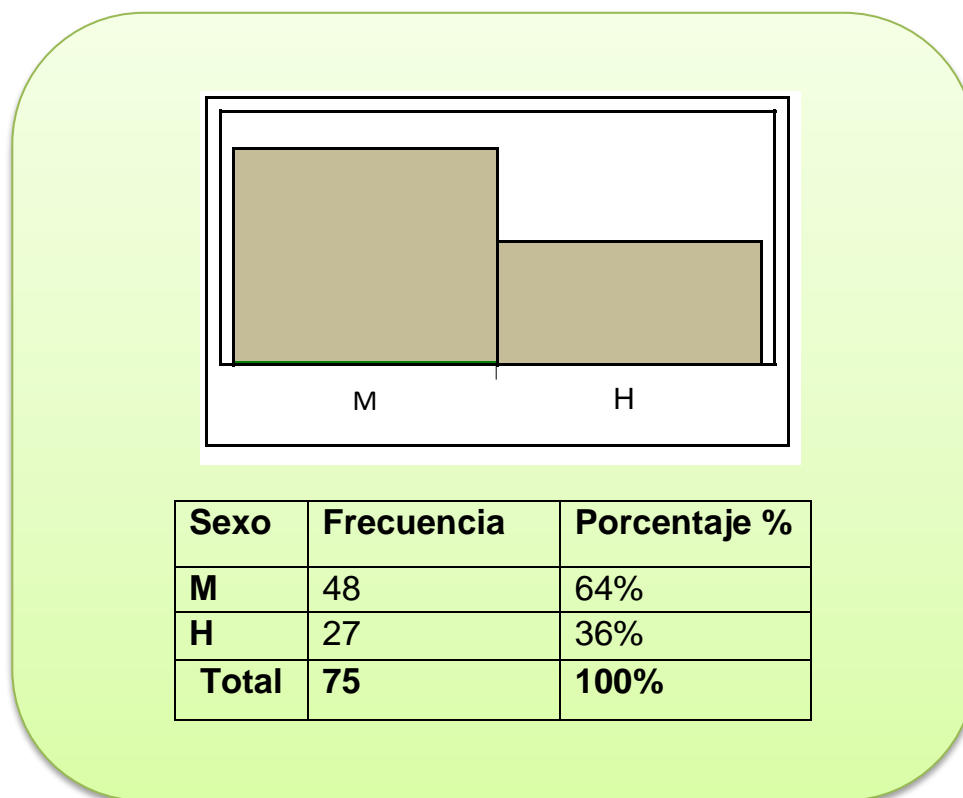
Grafico 2.- Distribución del grupo en estudio según Edad



Se analizó un total de 75 A.M., de los cuales la edad máxima es de 100 años, mientras que el mínimo es de 65 años, con un promedio de 79.52.

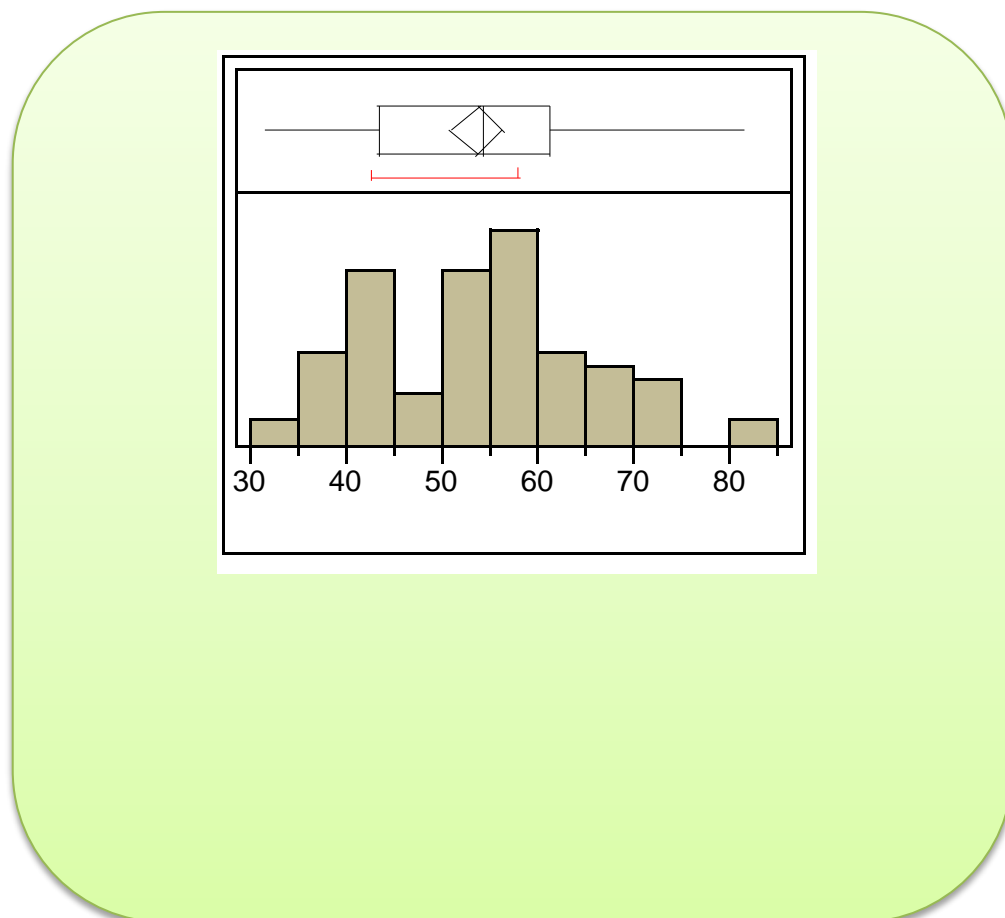
La distribución de los datos es asimétrica negativa, debido a que el promedio es menor a la mediana.

Grafico 3. Distribución del grupo en estudio según Sexo



Se analizó la variable sexo, encontrando 48 Adultos Mayores Mujeres, mientras que 27 Adultos Mayores son Hombres; correspondiendo el 100% de la población en estudio.

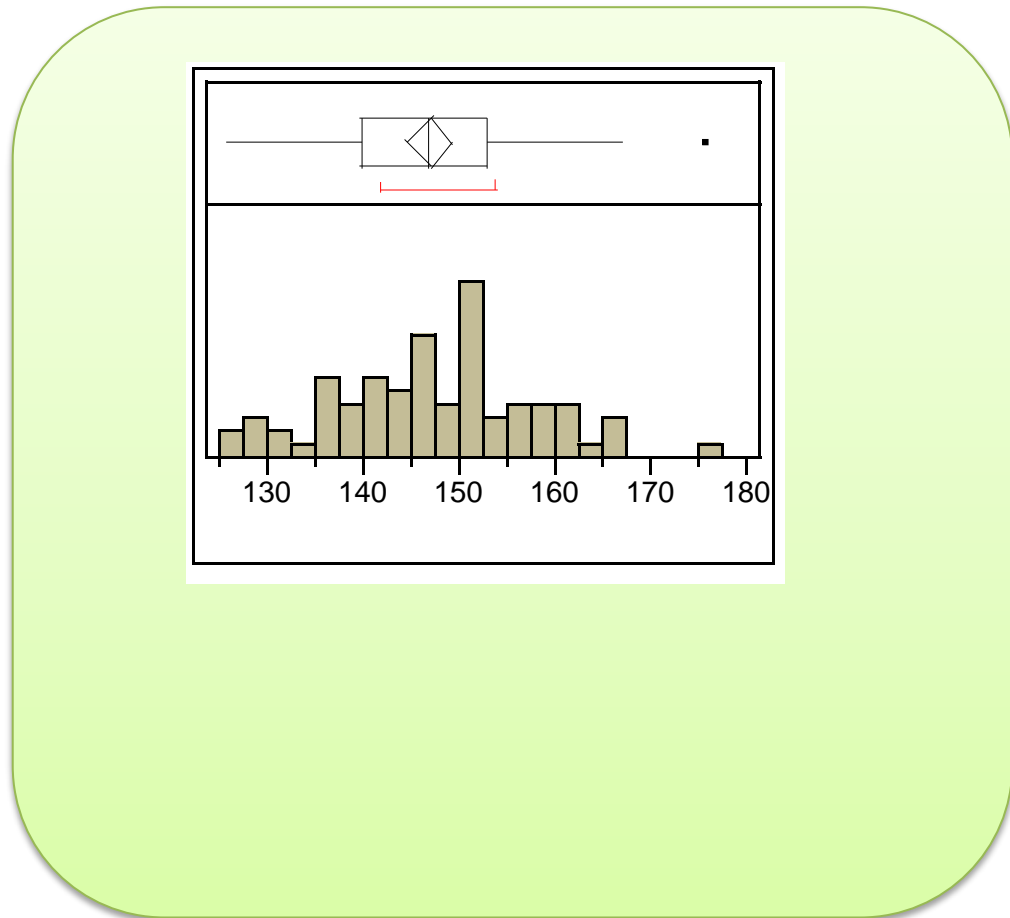
Grafico 4. Distribución del grupo en estudio según Peso (kg)



Se analizó la distribución de la población según la variable peso, encontrando un peso máximo de 81.50 kg, y un mínimo de 32.00 kg de Peso; con un promedio de 53.78.

La distribución de los datos es asimétrica negativa, debido a que el promedio es menor a la mediana.

Grafico 5. Distribución del grupo en estudio según Talla (cm)

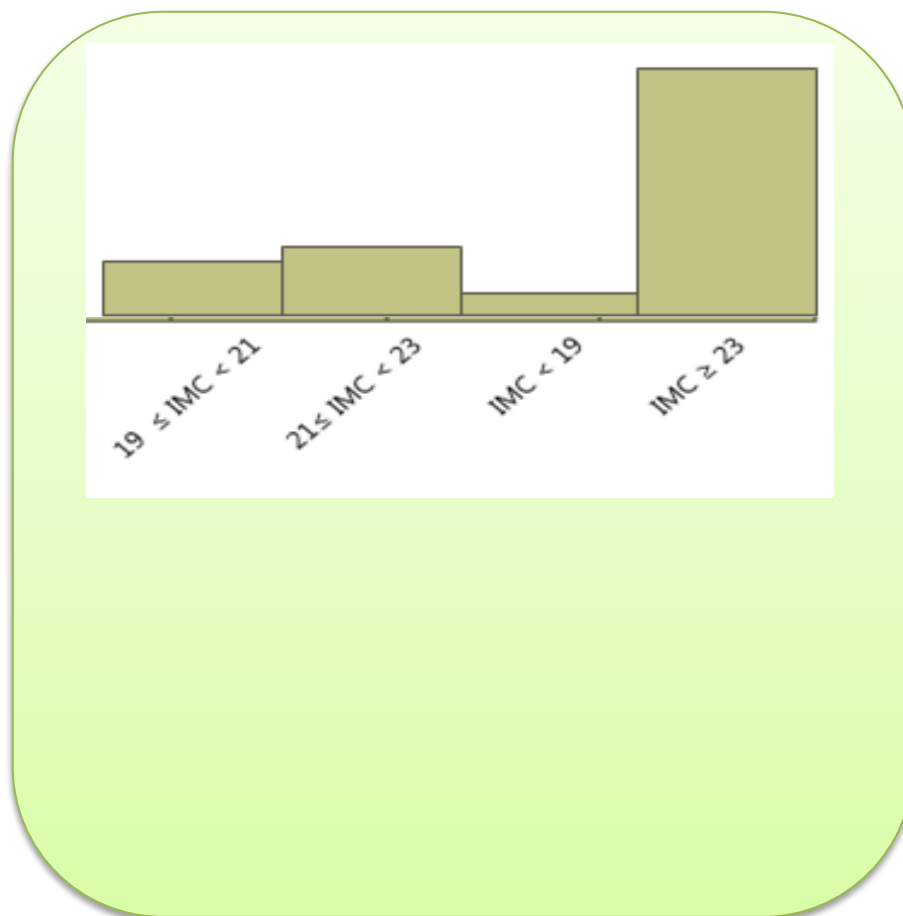


Se analizó los datos de la variable según talla (cm), se encontró un valor máximo de 176 cm, y un valor mínimo de 126 cm de altura, con un promedio de 147.14.

La distribución de los datos es asimétrica positiva, debido a que el promedio es mayor a la mediana.

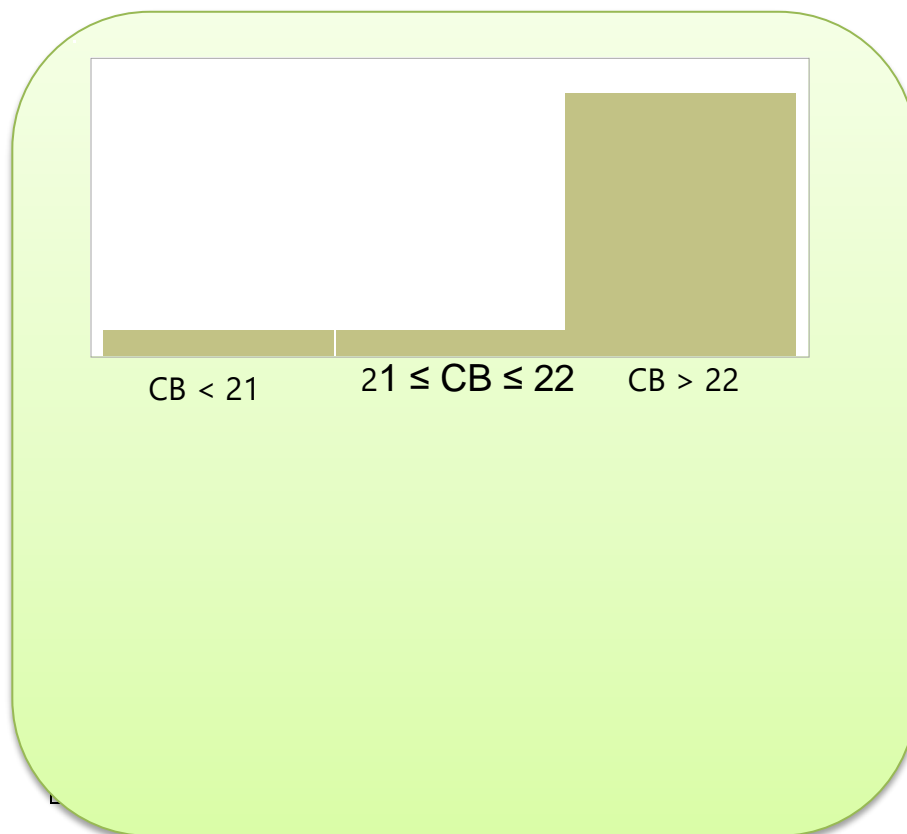
2. ESTADO NUTRICIONAL

Grafico 6. Distribución del grupo en estudio según Índice de masa corporal (IMC) (kg/m²)



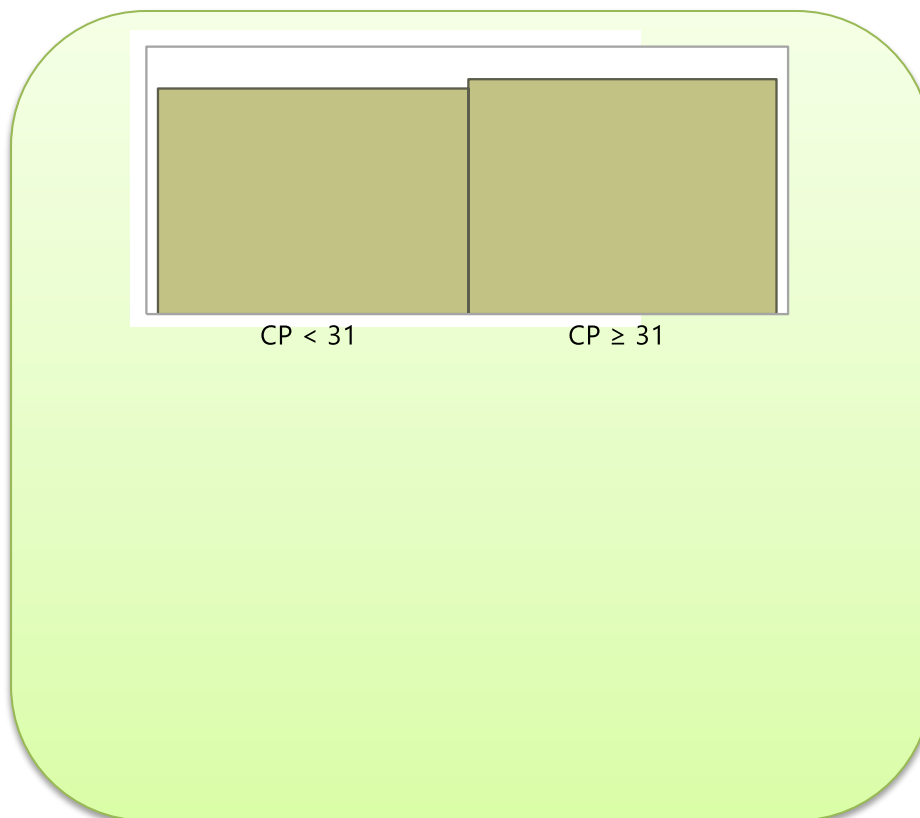
Al analizar los datos de la población según Índice de masa corporal IMC (kg/m²), se encontró que el 5% de la población tiene un IMC <19; el 13% ≤ 19 IMC <21; el 18% ≤ 21 IMC <23; y el 64% presentó un IMC ≥ 23 (kg/m²).

Grafico 7. Distribución del grupo en estudio según Circunferencia Braquial (CB en cm)



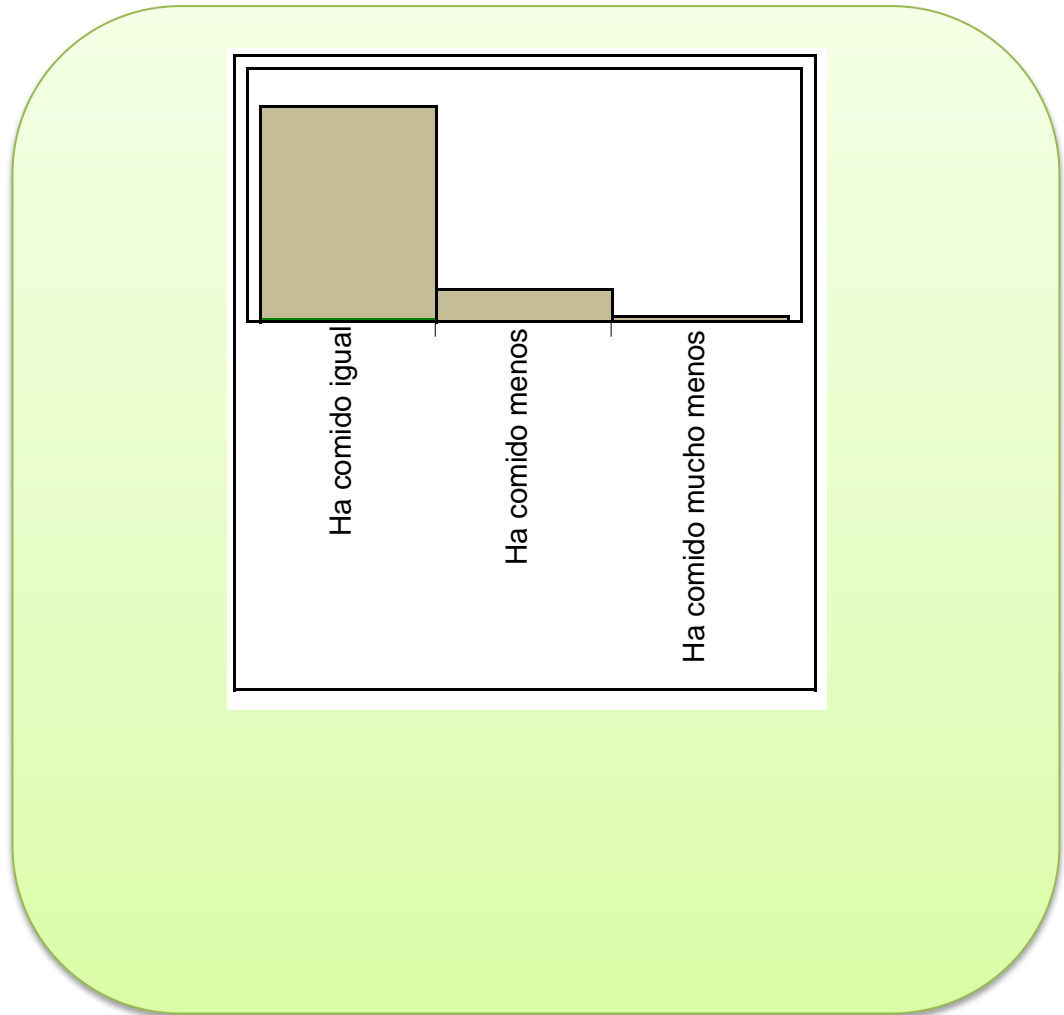
Se analizó un total de 53 A.M., con la variable según Circunferencia Braquial (CB en cm), de los cuáles el 8 % de la población presentó CB < 21; con el mismo valor de ≤ 21 a ≤ 22 ; y un 84% de la población logró una medida >22 cm de circunferencia braquial.

Grafico 8. Distribución del grupo en estudio según Circunferencia de la Pantorrilla (CP en cm)



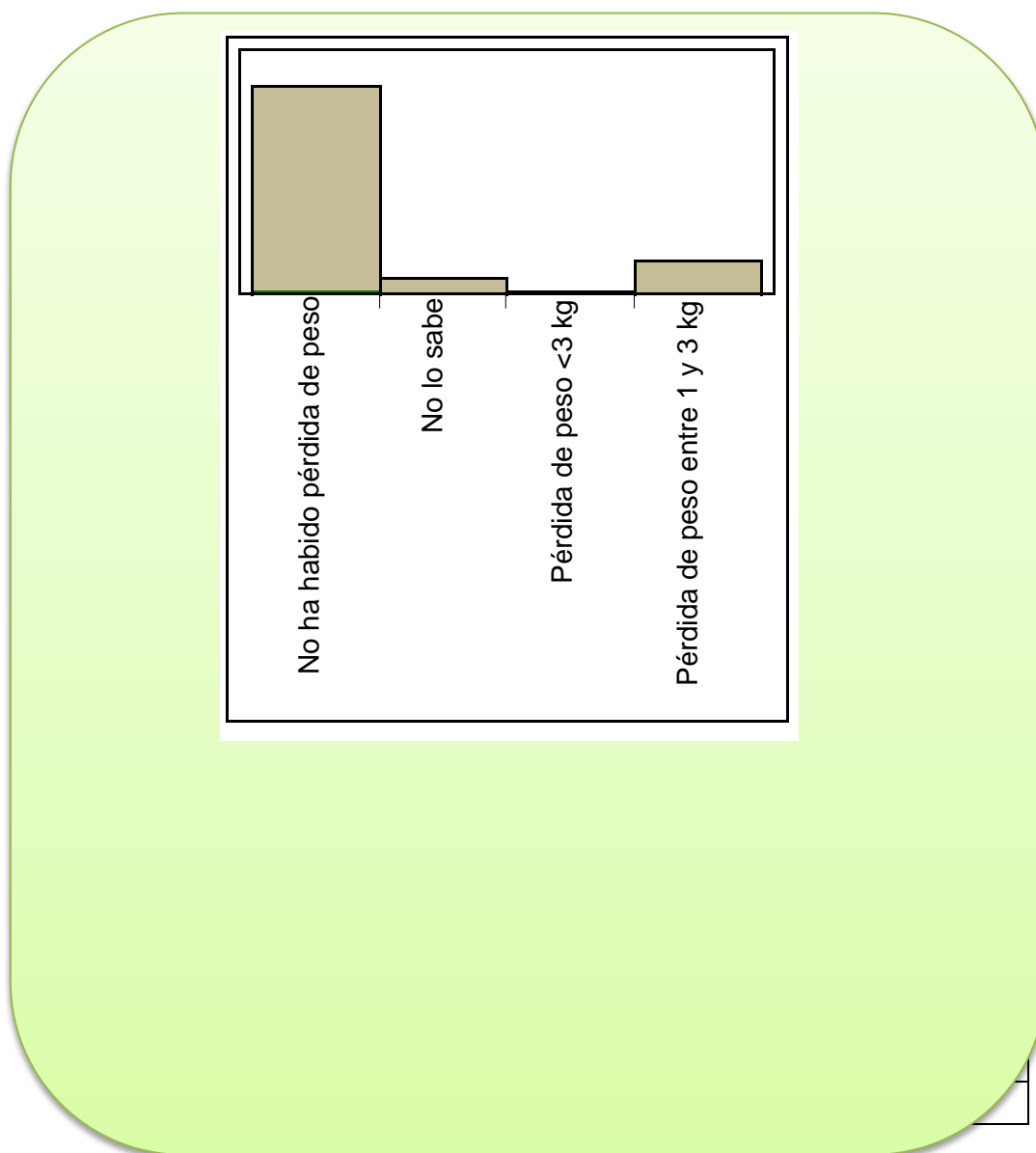
Al analizar los datos de la variable circunferencia de la pantorrilla (CP en cm), se encontró que el 49% de la población presentó una circunferencia de la pantorrilla < 31 cm; mientras que el 50 % fue el valor ≥ 31 cm de CP.

Grafico 9. Distribución del grupo en estudio según Pérdida de apetito



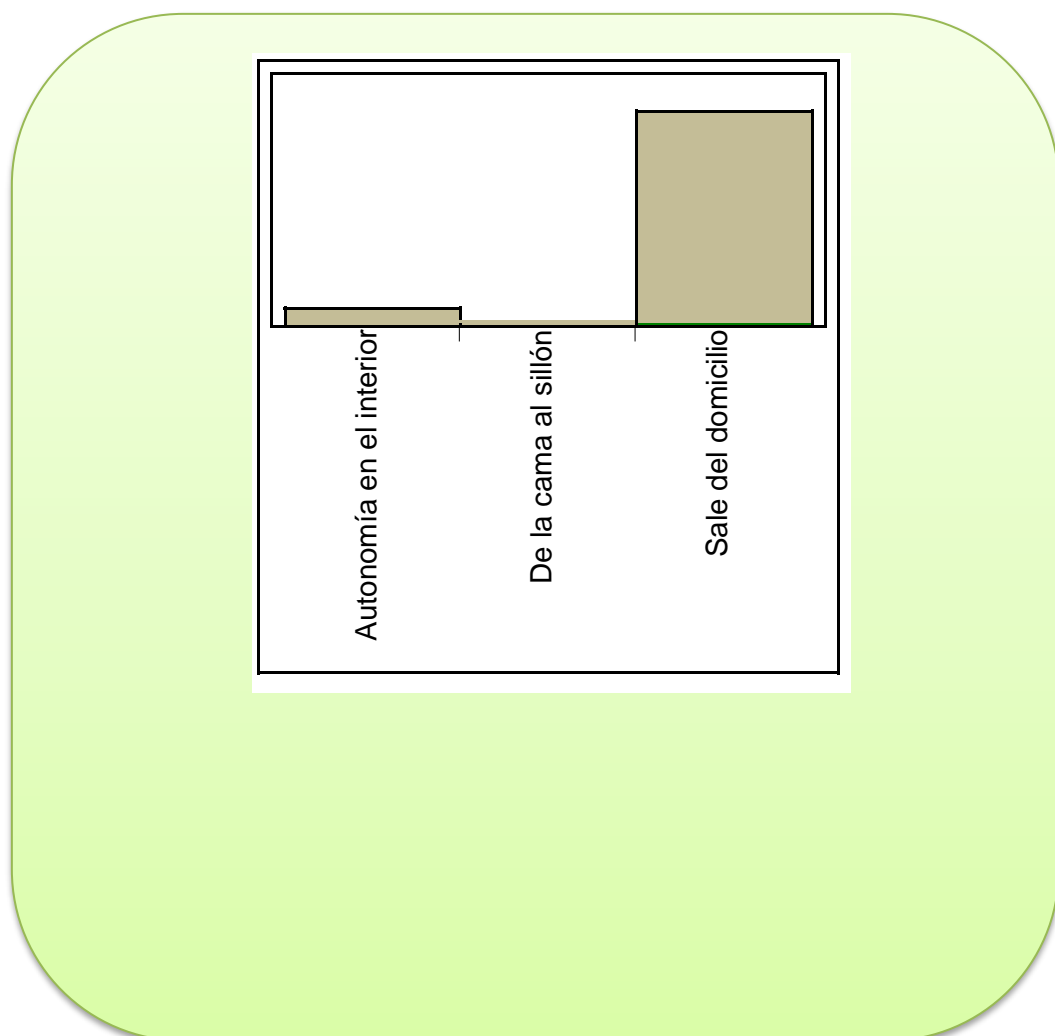
Se analizó los resultados de la variable pérdida de apetito, en base a los siguientes criterios (Ha perdido el apetito?. Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses); en el cual se observó que un porcentaje significativo no ha tenido pérdida de apetito; por lo que el 84 % ha comido igual, el 13% ha comido menos y el 3 % ha comido mucho menos; el cual conforma el 100 % de los Adultos Mayores del Centro.

Grafico 10. Distribución del grupo en estudio según Pérdida Reciente de Peso (<3 meses)



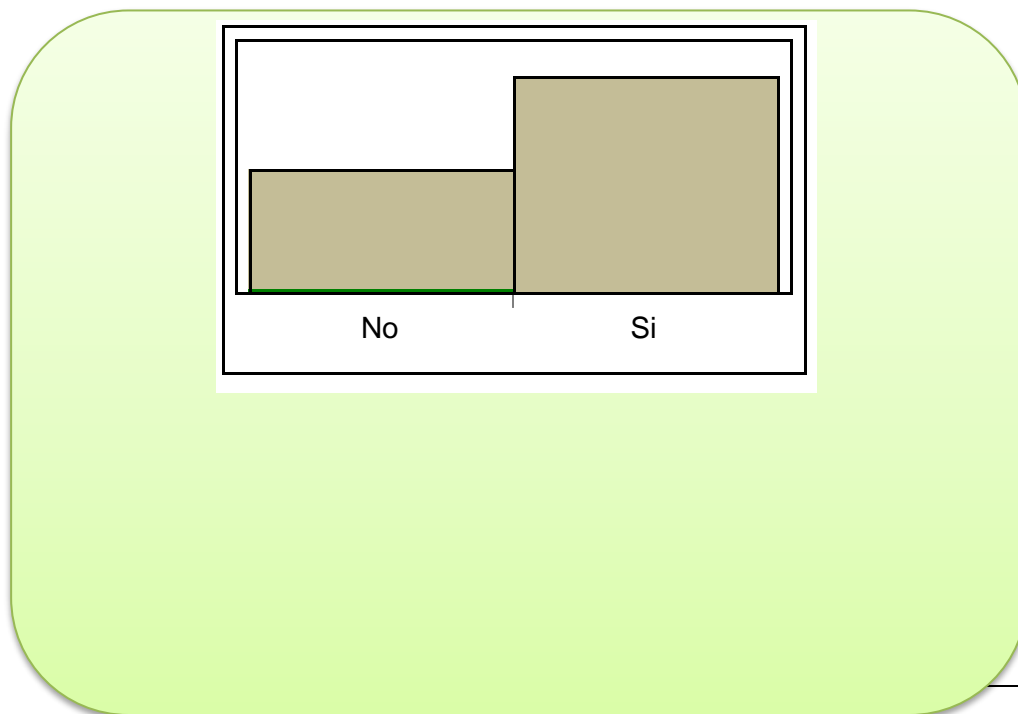
Se analizó los resultados de la variable pérdida reciente de peso (< 3 meses), observando que un porcentaje significativo no ha presentado pérdida de peso en menos de 3 meses; por lo cual se obtuvo el 78% que no ha habido pérdida de peso, un 6,6 % no lo sabe, 1 % presenta pérdida de peso > 3 meses, y un 13% ha tenido una pérdida de peso entre 1 y 3 kg; en un total de 100 % de los Adultos Mayores.

Grafico 11. Distribución del grupo en estudio según Movilidad.



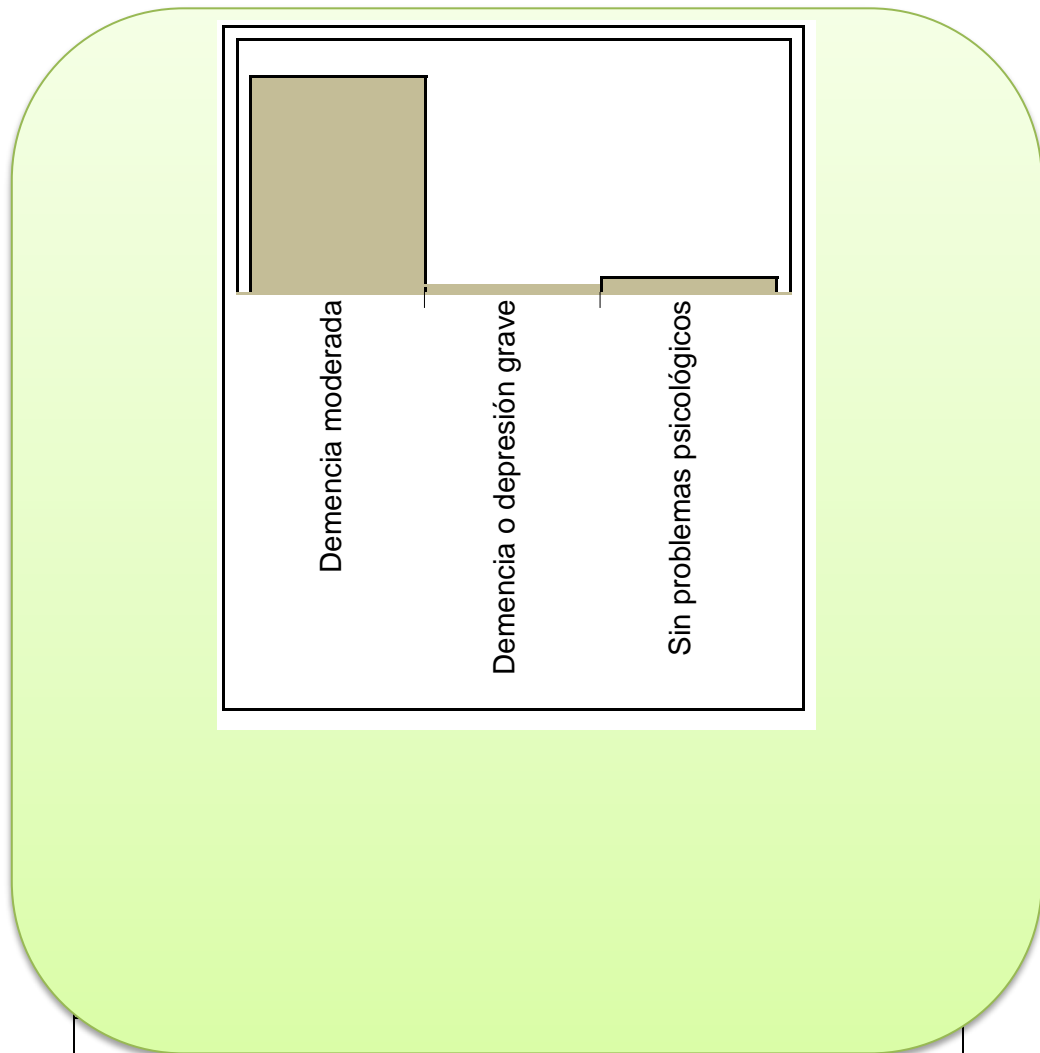
Se analizó los resultados de la variable Movilidad, en la cual se identifica que el 8% presenta autonomía en el interior, el 2.66 % movilidad de la cama al sillón, y un 89.3 % sale del domicilio del total de población que es el 100%.

Grafico 12. Distribución del grupo en estudio según Enfermedad Aguda o Situación de Estrés Psicológico



Al analizar los resultados de la variable de enfermedad aguda o situación de estrés psicológico, en base a los siguientes criterios (¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?); se ha encontrado que del total del 100 % de la población, el 36% respondió de forma negativa; mientras que un 64% responde afirmativamente a esta interrogante.

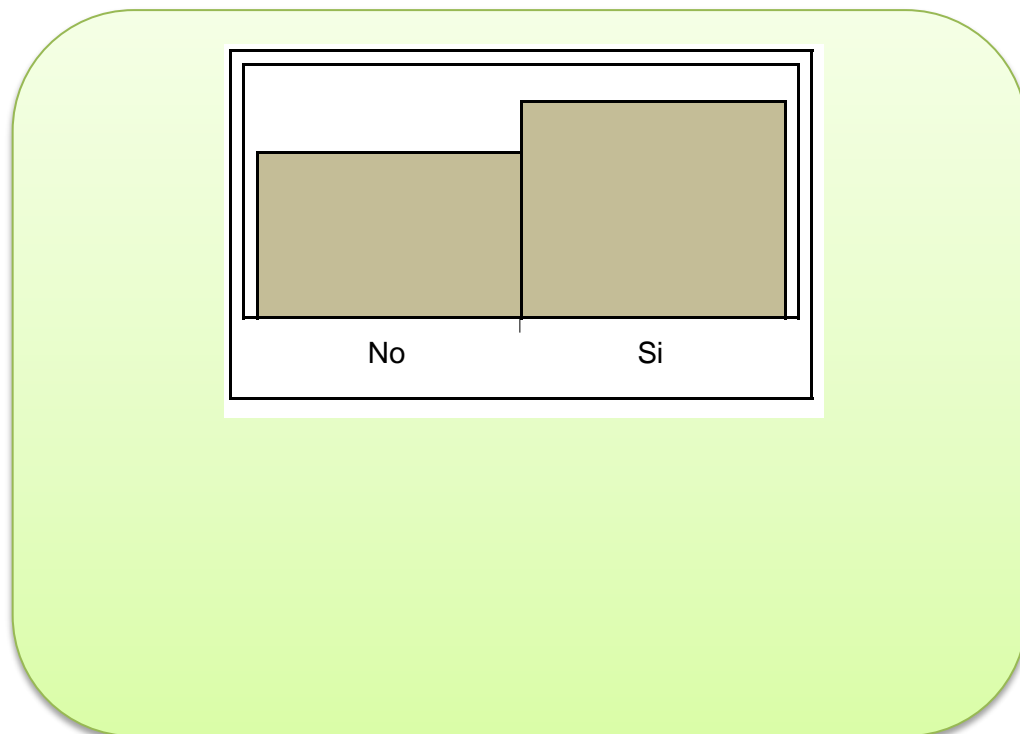
Grafico 13. Distribución del grupo en estudio según Problemas Neuropsicológicos.



Se enfoca que debido a la edad se presentan cambios tanto fisiológicos como psicológicos, por lo que existen alteraciones en la mente y estado de ánimo del Adulto Mayor; por lo tanto tomando en cuenta este criterio se obtuvo resultados de la población tomada en cuenta para el estudio.

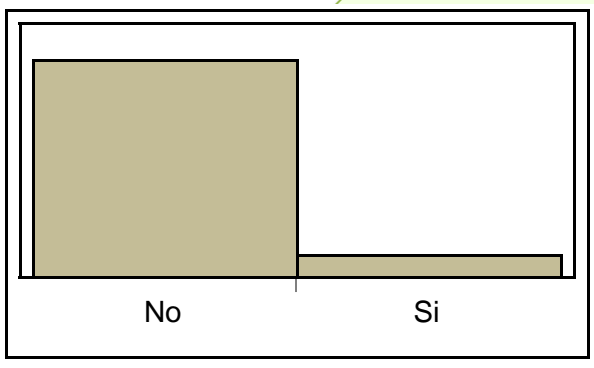
Al analizar los resultados de la variable problemas neuropsicológicos se encontró que un 89.3 % presenta demencia moderada, un 4 % presenta demencia o depresión grave y un 6.6 % se encuentra sin problemas psicológicos; tomando un total del 100% de la población.

Grafico 14. Distribución del grupo en estudio según Vive Independiente en su Domicilio.



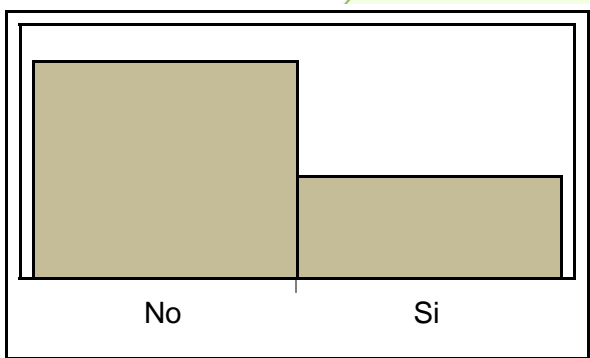
Se analizó un total de 53 Adultos Mayores de la variable “vive independiente en su domicilio”, de los cuales el 56,6 % de la población responde afirmativamente al cuestionamiento ¿El paciente vive independiente en su domicilio?; y el 43,3% restante no vive independiente en su domicilio.

Grafico 15. Distribución del grupo en estudio según Toma más de 3 medicamentos al día.



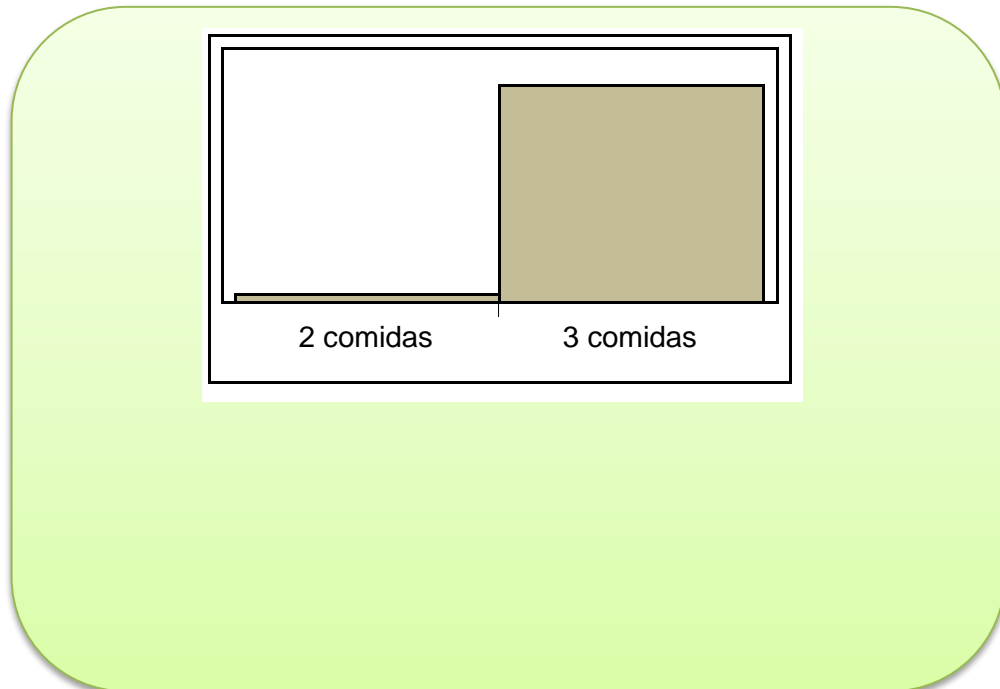
Un 90.5% de la población respondió que no toma medicamentos más de 3 veces al día, mientras que un 9.43% respondió de forma afirmativa a la toma de medicamentos más de 3 veces al día; obteniendo dichos resultados del 100% de la población en el seguimiento del análisis.

Grafico 16. Distribución del grupo en estudio según Úlceras o Lesiones Cutáneas



Al analizar los resultados de la variable úlceras o lesiones cutáneas se observó que en un porcentaje significativo no presentan los Adultos Mayores ninguna de estas alteraciones con un 67.9 %; tomando en cuenta que un 32 % si presenta úlceras o lesiones cutáneas, del 100 % de la población seleccionada en el seguimiento del análisis.

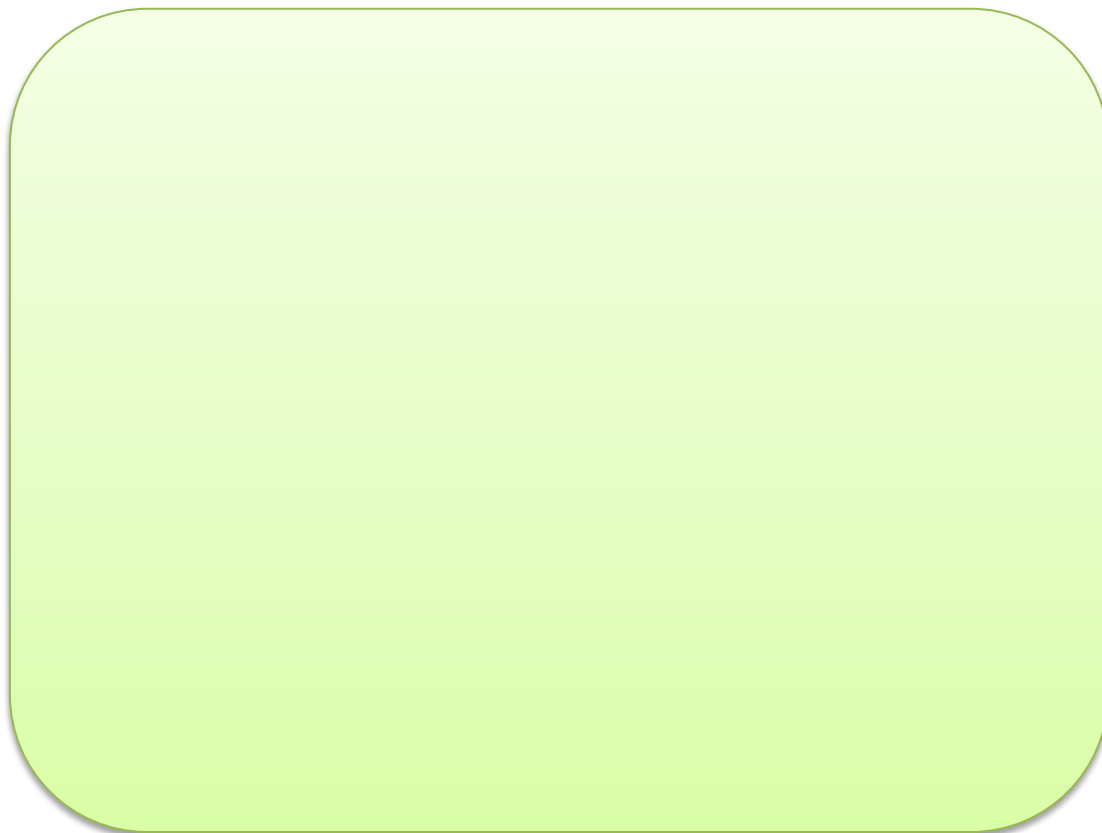
Grafico 17. Distribución del grupo en estudio según Comidas Completas al Día



En base a la pregunta ¿Cuántas comidas completas toma al día?, de la variable Comidas Completas al Día se obtuvo los siguientes resultados.

El 3.77 % de la población de Adultos Mayores consume 2 comidas completas al día, mientras que un 96.2 % de la población de Adultos Mayores consume 3 comidas completas al día; lo que lleva al 100 % de la población seleccionada para el seguimiento del análisis

Tabla 1. Distribución del grupo en estudio según Consumo de productos lácteos, carne, pescado o aves 1 vez al día; huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana.



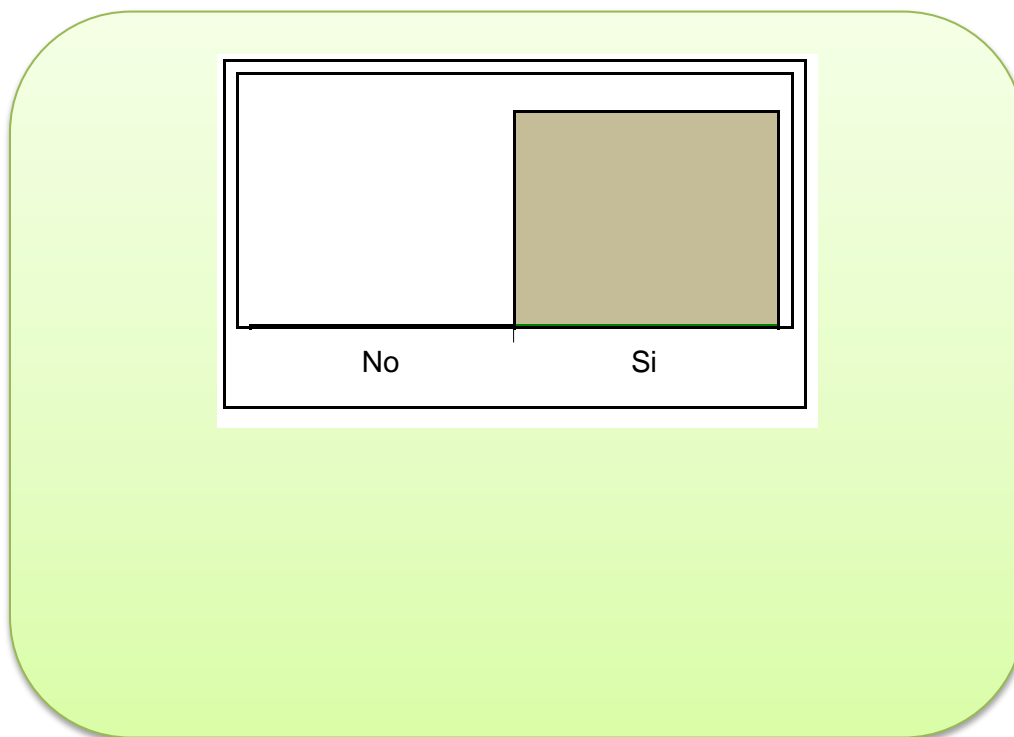
En esta variable se toma en cuenta el consumo del paciente en productos lácteos una vez al día; carne, pescado o aves, diariamente; huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana.

Obteniendo como resultado que en cuanto al consumo de lácteos el 5.66% responde negativamente debido a su intolerancia, y el 94.3% afirma su consumo

El consumo de carnes, pescado o aves el resultado fue el 100% afirmativo a su consumo.

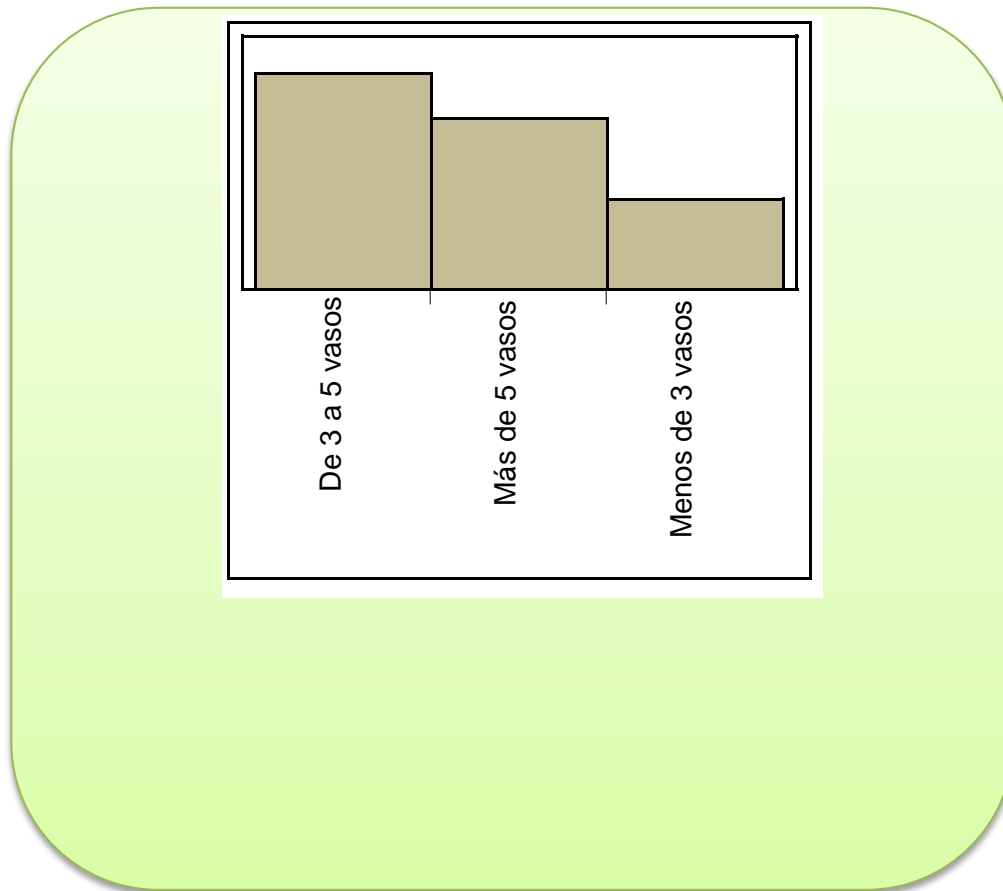
En el consumo de huevos o leguminosas el 1% no consume huevos o leguminosas; mientras que el 98.1% afirma consumir huevos o leguminosas 1 o 2 veces a la semana.

Grafico 18. Distribución del grupo en estudio según Consumo de Frutas o Verduras 2 veces al día



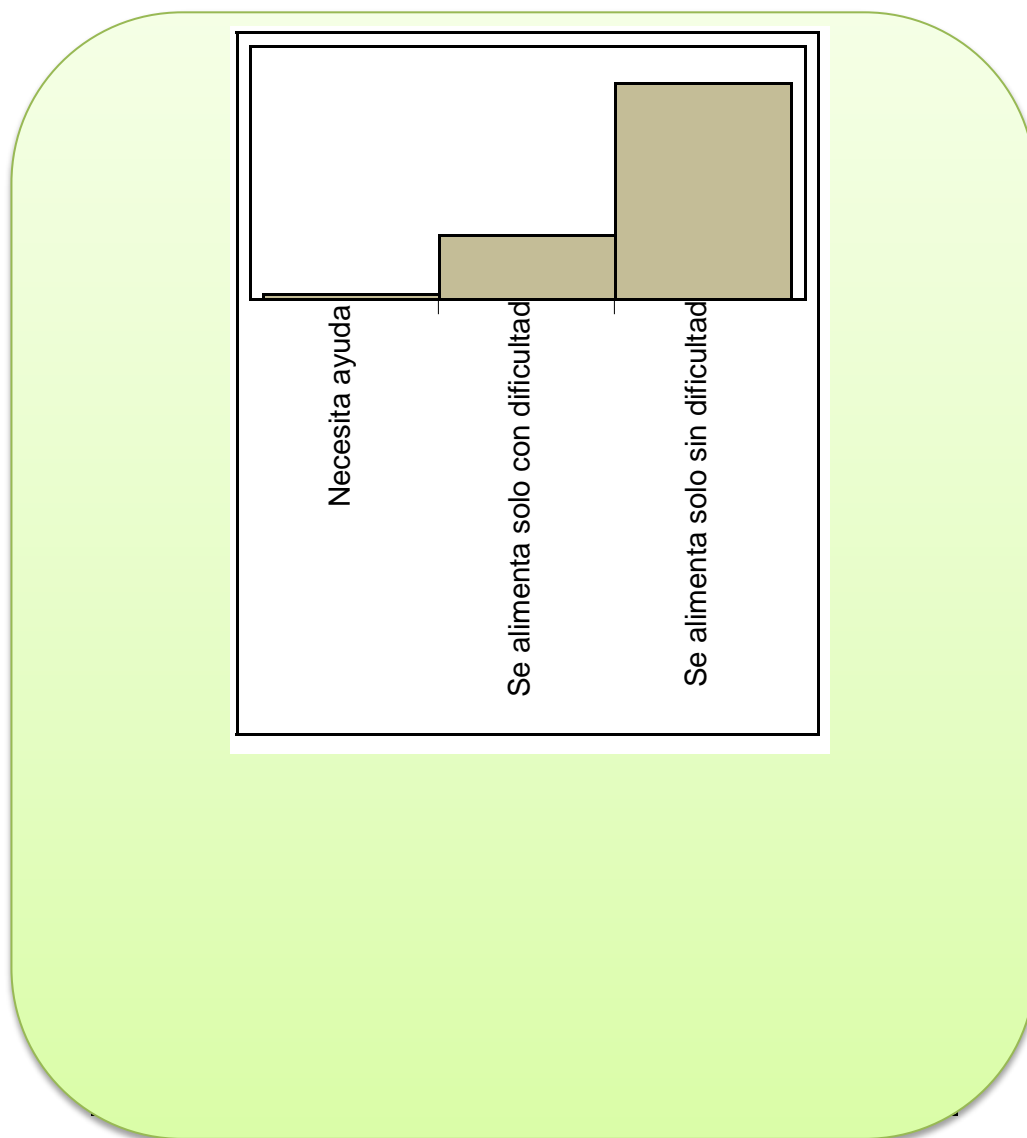
Al analizar los resultados de la variable consumo de frutas o verduras 2 veces al día se observó que existe un porcentaje significativo que si consume frutas o verduras 2 veces al día, teniendo un 98.1 %, mientras que el 1 % no consume frutas o verduras 2 veces al día, debido a que no hay aceptabilidad del alimento; por lo tanto de la población total que es el 100% que ha sido seleccionada para el seguimiento del análisis se obtiene resultados positivos en cuanto a la variable.

Grafico 19. Distribución del grupo en estudio según Consumo de Líquidos al Día



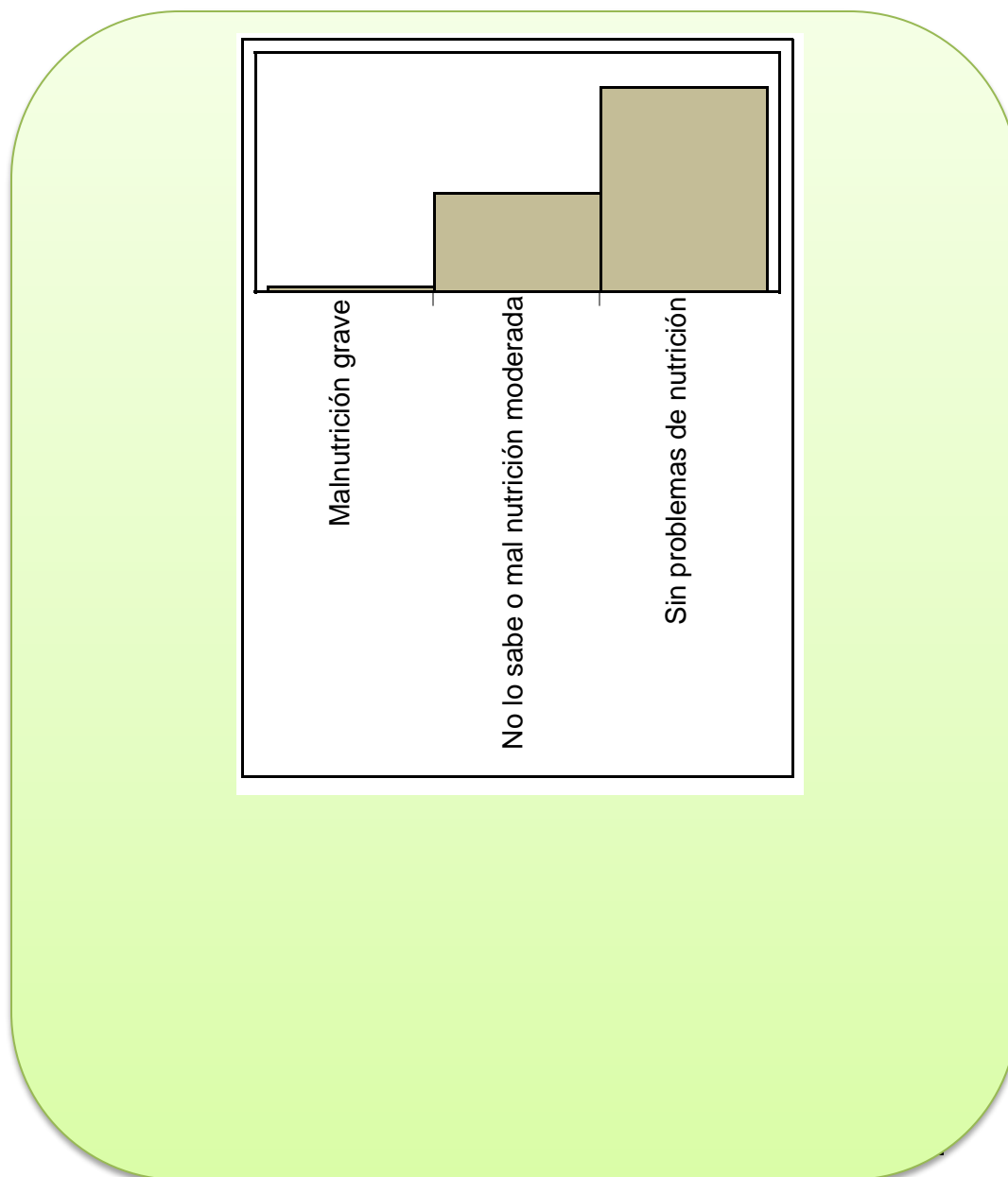
Al analizar los resultados de la variable consumo de líquidos al día en base a los siguientes criterios (¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)); se observó que los 53 Adultos Mayores consumen líquidos durante el día; tomando en cuenta que el 18.8 % de la población consume menos de 3 vasos de líquidos al día, el 45.2 % de la población consume de 3 a 5 vasos de líquidos al día, y el 35.8 % de la población consume más de 5 vasos de líquidos al día, valor representativo al 100% de la población seleccionada para el seguimiento del análisis.

Grafico 20. Distribución del grupo en estudio según Forma de Alimentarse



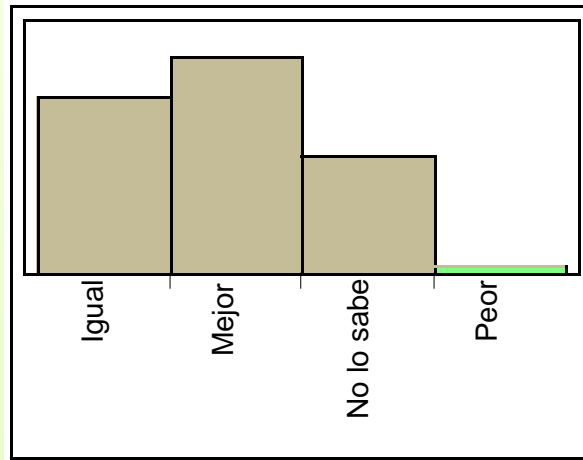
Al analizar los resultados de la variable Forma de alimentarse se observó que el 1 % de la población necesita ayuda para alimentarse, el 22.6 % se alimenta solo con dificultad, mientras que el 75.4 % se alimenta solo sin dificultad, por lo que es un porcentaje significativo de los Adultos Mayores que aún puede ser independiente y alimentarse sin ningún inconveniente, por lo cual el 100 % pertenece a la población seleccionada para el seguimiento del análisis.

Grafico 21. Distribución del grupo en estudio según Consideración de malnutrición en base a percepción propia



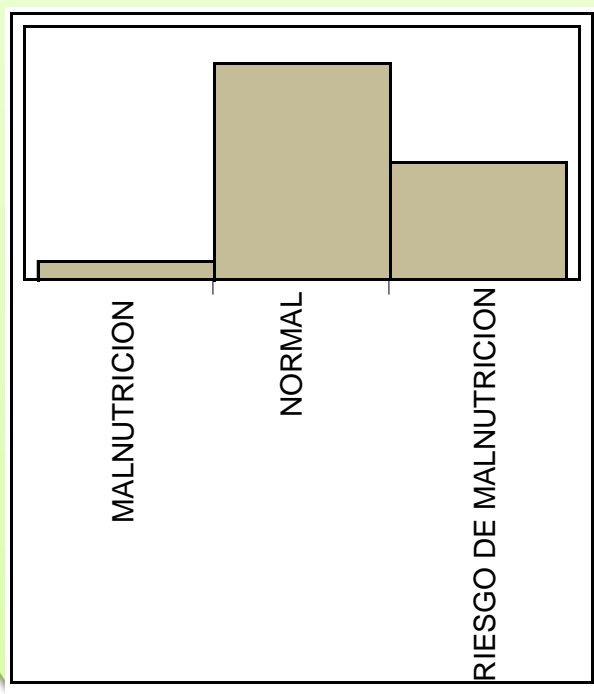
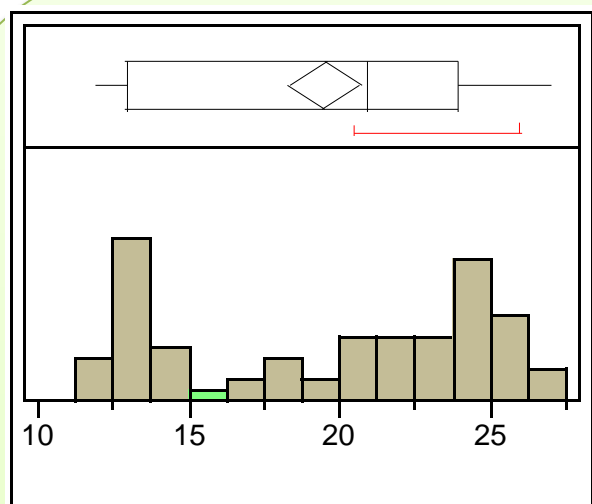
Al analizar los resultados en base a los siguientes criterios (¿Se considera el paciente que está bien nutrido?); se observó que el 1% de la población piensa que tiene malnutrición grave, el 32% respondió que no lo sabe o malnutrición moderada, mientras que el 66% de la población de Adultos Mayores se considera sin problemas de malnutrición, del 100% de la población seleccionada para el seguimiento del análisis.

Grafico 22. Distribución del grupo en estudio según auto comparación del estado de salud en relación a personas de su misma Edad.



Al analizar los resultados de la variable comparación con persona de su edad con su estado de salud se observó que el 1.8% encuentra su estado de salud peor que con las personas de su edad, el 22.6% respondió que no lo sabe cómo se encuentra su estado de salud en comparación con personas de su edad, el 18% respondió que encuentra igual su estado de salud con el de personas de su edad, y el 41.5% de la población respondió que encuentra mejor su estado de salud en comparación con el de personas de su edad; del total de la población seleccionada para el seguimiento del análisis correspondiente al 100%.

Grafico 23 Distribución del grupo en estudio según Evaluación Global del Estado Nutricional



Al analizar los resultados totales de las variables antes mencionadas de la encuesta MNA aplicada a los 75 Adultos Mayores, tanto diurnos como residentes siguiendo

la secuencia de la primera y segunda parte de la misma (CRIBJE/EVALUACIÓN), se obtiene el resultado final de la población.

Se ha observado que en la evaluación global existe un máximo de 27 puntos y una mínima de 12 puntos, con un promedio de 19.56.

La distribución de los datos es asimétrica negativa, debido a que el promedio es menor a la mediana.

Finalizando los resultados con la variable Evaluación Global del Estado Nutricional, tomando en cuenta que el rango es de 24-30 puntos (estado nutricional normal), de 17-23.5 puntos (riesgo de malnutrición) y menos de 17 puntos (malnutrición); se encontró que el 61.3 % presenta un Estado Nutricional Normal, el 33.3 % presenta Riesgo de Malnutrición y un 5.3 % presenta Malnutrición; resultados obtenidos del 100 % de la población de Adultos Mayores.

VI. CONCLUSIONES

- ❖ De acuerdo a los resultados obtenidos en las características generales del grupo en estudio según población, se encontró que existe un 76 % de Adultos Mayores en modalidad Diurna y un 24% en la modalidad residente del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor-Guano.
- ❖ Considerando la edad de los Adultos Mayores se obtuvo un promedio de 79 años de edad en el total de la población, con un máximo de 100 y un mínimo de 65 años.
- ❖ Se identificó según la variable género, que existen 48 Adultos Mayores de género femenino (64%), y 27 Adultos Mayores de género masculino (36%).
- ❖ En la distribución de la variable estado nutricional, según pérdida de apetito, se encontró que el 84% ha comido igual, mientras que apenas un 2% ha comido mucho menos.
- ❖ Según la variable movilidad, se considera que la mayoría de Adultos Mayores se encuentra activo, con un 89.3%; y apenas un 2.66% de la población presenta movilidad de la cama al sillón.
- ❖ En la variable enfermedad aguda o situación de estrés, se identifica que un porcentaje alto presenta alguna enfermedad aguda o situación de estrés, siendo el 64%; esto se debe a su misma edad y al tipo de vida que haya presentado durante toda su etapa.
- ❖ A pesar de su edad avanzada el problema de pérdida de memoria en los Adultos Mayores evaluados no fue representativo, ya que un 4% con

demencia o depresión grave, mientras que el 89.3% representa a una demencia moderada propia de su edad.

- ❖ En la toma de medicamentos su porcentaje de consumo por más 3 de medicamentos al día es de 9.43%, por lo cual no es un valor significativo.
- ❖ De la variable comidas completas al día, se obtuvo que el 3.77% de la población tiene 2 comidas al día, esto se daba en los Adultos Mayores de asistencia diurna, y era debido al que viven solos o falta de interés de los familiares.
- ❖ El consumo de frutas y verduras es aceptable, ya que el 98.1% consumen por lo menos 2 veces al día.
- ❖ En base a la percepción propia en si se considera bien nutrido, el 32% resultó que se considera con malnutrición o que no lo sabe y el 1% consideró que presenta malnutrición grave, debido a su perspectiva de creencia de “estar gordito es saludable”.
- ❖ Como resultado en la Evaluación Global se obtuvo un 61.3% con Estado Nutricional Normal, por lo cual debido a tener más del 50% del porcentaje se presencia que no existe un impacto alarmante en la evaluación aplicada al grupo en estudio; considerando que se debe tener un enfoque en los cuales presentan riesgo de malnutrición y más aún en los de malnutrición.
- ❖ En base a los resultados obtenidos se elaboró la guía alimentaria para el Adulto Mayor, considerando los temas que sean de mayor importancia para su mejora y así puedan mantener un estilo de vida digno.

VII. RECOMENDACIONES

- ⊙ Se recomienda tomar en cuenta al grupo de Adultos Mayores, ya que es un grupo vulnerable y la atención debe ser primordial para que tengan un estilo de vida digno.
- ⊙ El consumo de lácteos es indispensable a toda edad, ya que contienen proteínas y calcio, que reparan y renuevan los tejidos, esencial para prevenir daños en huesos sanos y prevenir osteoporosis.
- ⊙ El consumo de agua es indispensable para el buen funcionamiento de los riñones, evitar deshidratación, mantiene la temperatura corporal y ayuda a la digestión.
- ⊙ Los hábitos y costumbres de los adultos mayores deben ser tomados en cuenta pero de la misma manera se les debe ayudar con educación alimentaria; para así evitar problemas de estreñimiento, o trastornos de alimentación.
- ⊙ Se recomienda al Adulto Mayor realizar actividad física, para que por motivos de la edad se pueda controlar de cierto modo la movilidad y esta no se pierda por sedentarismo y de la misma manera manualidades para que las articulaciones se encuentren activas.
- ⊙ Es importante que el Adulto Mayor realice diversas actividades desestresantes como: talleres de manualidades, costura, pintura, música teatro, psico- motoras; para disminuir problemas neuropsicológicos, como pérdida de memoria, o estrés.
- ⊙ Se debe dar a conocer y modificar las complicaciones que puede presentar tener un horario alterado en la alimentación, debido al forzado trabajo que demanda la zona rural.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Gallegos Espinoza, S.** Mediciones, índices e indicadores antropométricos,
Segunda unidad: texto básico. Riobamba: ESPOCH 2013.

2. **Mestres Miralles, C. Duran Hortola, M.** Farmacología en Nutrición.
Buenos Aires: Medica Panamericana 2012.

3. **Melgar Cuellar, F. Penny Montenegro, E.** Geriatria y Gerontología para el Médico Internista. Sello La Hoguera. 2012
www.inec.gob.ec
2014-07-23

4. **Rodríguez, Y. Linares Guerra, E.** Estado Nutricional del Adulto Mayor en un Área de Salud de la Ciudad de Pinar Del Río, Cuba. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2010, 20(1): [en línea].
<http://eds.b.ebscohost.com/eds>
2014-07-25

5. **Restrepo M., S. L. Morales G., R. M. Ramírez G., M. C. López L., M. V. Varela L., L. E.** Los Hábitos Alimentarios en el Adulto Mayor y su Relación con los Procesos Protectores y Deteriorantes en Salud. Revista chilena de Nutrición. 2006 v.33 n.3. [en línea]
<http://www.scielo.cl/scielo>.
2014-06-25

6. **Navarro, A. Martínez, B. Delgado, J.** Bienestar Emocional en la Vejez Avanzada: Estudio comparativo por edad y género. 2013, 5(1).
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/>
2014-06-25

7. ESTADO NUTRICIONAL (ADULTO MAYOR)

<http://escuela.med.puc.cl/>

2014-06-28

8. PANAMÁ. Ministerio De Salud. Guías Alimentarias Para el Adulto Mayor:

Panamá: OPS 2005

<http://www.paho.org/pan/>

2014-06-28

9. Herrera Cortés, P. González Isidro, J. L. Cambios Psicológicos en el Adulto Mayor. México: UNAN. Tesis Licenciatura en Enfermería Geronto Geriatria. 2013.

<http://es.slideshare.net/>

2014-06-30

10. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Valoración Clínica. Parte 1. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. OMS. 1997

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/>

2014-06-02

11. GUÍA ALIMENTARIA.

<http://es.scribd.com/doc/talla>

2014-07-13

12. Organización Mundial de la Salud. La Actividad Física en los Adultos Mayores Ecuador: Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario. Washington: OMS 2014.

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/>

2014-07-04

- 13. Hernández, C.** Salud. El Estilo de Vida Saludable: Una Buena Alimentación para Adultos Mayores. 2012.

<http://www.salud180.com/>

2014-07-07

- 14. Palacios Feltes, L.** Manual de Medición de Peso y Talla. Guía para Medir el Peso y Talla en Niños y Adultos. 2011.

<http://es.scribd.com/doc/>

2014-07-10

- 15. Morón, C. Calderón, T.** La Elaboración de Guías Alimentarias Basadas en Alimentos en Países de América Latina. Roma: FAO. 1998.

<http://www.fao.org/>

2014-07-18

- 16. Alcántara, L. C.** Guía Alimentaria: Oficina General de Estadística e Informática. Quito: MIES. 2005.

<http://www.minsa.gob.pe/>

2014-07-20

- 17. Nestlé Nutrition Institute.** Mini Nutritional Assesment MNA: Nestlé. 1994.

http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_spanish.pdf

2014-07-20

IX. ANEXOS

ANEXO 1

Oficio

ANEXO 2

Consentimiento informado

ANEXO 3

MNA (Mini Nutritional Assesment)