

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

**Factores de riesgo asociados a malnutrición en adultos
mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar
San José de Guayaquil durante el periodo mayo-septiembre
del 2017**

AUTORAS:

**Encalada Robles, Helen Carolina
Altamirano Rodas Michelle Stephanie**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA en NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

**Moncayo Valencia, Carlos Julio
Guayaquil, Ecuador 13 de septiembre del 2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Encalada Robles, Helen Carolina y Altamirano Rodas, Michelle Stephanie**, como requerimiento para la obtención del título de **Nutrición, Dietética y Estética**.

TUTOR

f. _____
Moncayo Valencia, Carlos Julio

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Encalada Robles Helen Carolina**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo asociados a malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil durante el periodo mayo- septiembre del 2017.**

Previo a la obtención del título de **Licenciatura en Nutrición, Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017

AUTORA

Encalada Robles Helen Carolina



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Altamirano Rodas Michelle Stephanie**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo asociados a malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil durante el periodo mayo- septiembre del 2017.**

Previo a la obtención del título de **Licenciatura en Nutrición, Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017

AUTORA

Altamirano Rodas Michelle Stephanie



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Encalada Robles Helen Carolina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo asociados a malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil durante el periodo mayo-septiembre del 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017

AUTORA

Encalada Robles Helen Carolina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Altamirano Rodas Michelle Stephanie**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo asociados a malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil durante el periodo mayo-septiembre del 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre, del año 2017

AUTORA

Altamirano Rodas Michelle Stephanie

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta esta etapa. A mis padres y hermanos por todo su apoyo. A mis amigos por motivarme seguir luchando por esta meta. A mi compañera y amiga Michelle Altamirano por compartirme sus conocimientos y reconocer su valentía por realizar este trabajo poco estudiado. A mi tutor Carlos Moncayo por guiarme en este trabajo y a todos mis docentes por brindarme sus conocimientos que me servirán de mucha ayuda en el campo profesional.

Helen Carolina Encalada Robles

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios, porque sin él no sería posible cumplir aquel sueño que nació desde muy pequeña, y quien se ha encargado de darme fortaleza en cada vicisitud de este largo camino, por guiarme en la vida y brindarme la sabiduría para salir adelante, porque sin su bendición, nada hubiera sido posible.

Agradezco a mis padres quienes han luchado muchísimo para brindarme el estudio, por estar en cada momento, por más difícil que este se torne, y a mi hermana, quien siempre está conmigo dándome su apoyo incondicional, gracias a ustedes tres por estar siempre conmigo y acompañarme durante la carrera, porque me enseñaron como levantarme y luchar, porque han estado a mi lado siendo el mejor de los apoyos durante mi vida. Al Dr. Alex Daniel Jiménez por impartirme sus conocimientos con paciencia y calma en momentos de dificultades.

Por último, agradezco mi formación académica a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a mi tutor Dr. Carlos Moncayo, al Hogar San José por abrirme sus puertas y permitirme realizar esta investigación, a mis profesores de la UCSG de la carrera Nutrición Dietética y Estética.

Michelle Stephanie Altamirano Rodas

DEDICATORIA

Quiero dedicar principalmente este trabajo a Dios, quien me impulsó en el transcurso del mismo y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, alegría en todo mi proceso académico y por acompañarme en cada etapa de mi vida. A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional y porque siempre estuvieron pendientes de mi desempeño académico.

Helen Carolina Encalada Robles

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, en primera instancia a Dios por ser mi fortaleza y guía en los momentos más difíciles durante mí caminar en esta hermosa etapa de Pregrado. A mis padres, el Ing. Julio Alberto Altamirano Salazar, mi madre la Arq. María Elena Rodas León y mi hermana la Dra. Diana Altamirano Rodas quienes, con su amor, sus consejos, valores, y unidad, han sido mi apoyo incondicional, en todas las situaciones que se han presentado durante mi vida, porque sin la ayuda de cada uno de ellos, no sería posible cumplir esa gran meta. A mis abuelitos, en especial a mi querido Papi Wachito quien, aunque no esté presente, sé que desde el cielo me cuida y me alienta día a día, y que el día de hoy se llena de orgullo por esta meta alcanzada.

Michelle Stephanie Altamirano Rodas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

MARTHA VICTORIA CELI MERO
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

LUDWIG ÁLVAREZ CÓRDOVA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

LUDWIG ÁLVAREZ CÓRDOVA
OPONENTE

ÍNDICE

Dedicatoria.....	III
Resumen	X
Abstract.....	XI
Introducción	2
1. Planteamiento Del Problema	4
1.1 Formulación Del Problema.....	6
2. Objetivos.....	7
2.1 Objetivo General	7
2.2. Objetivos Específicos	7
3. Justificación	8
4. Marco Teórico.....	10
4.1 Marco Referencial	10
4.2 Marco Teórico	12
4.3 Marco Conceptual	26
4.4 Marco Legal.....	28
5. Formulación De Hipótesis.....	31
6. Identificación Y Clasificación De Variables	32
6.1 Variables De Análisis	32
7. Metodología De La Investigación.....	34

7.1 Justificación De La Elección Del Diseño	34
7.4 Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos	35
8. Presentación De Resultados.....	37
8.1 Análisis E Interpretación De Resultados	37
9. Conclusiones	47
10. Recomendaciones	49
11. Presentación De Propuesta De Intervención	50
12. Glosario.....	51
Bibliografía	53
Anexos.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución porcentual de la población investigada según Sexo.	37
Figura 2: Distribución porcentual de la población investigada según Edad.	38
Figura 3: Distribución porcentual de la población investigada según IMC..	39
Figura 4: Distribución porcentual de la población investigada según Test Barthel.	40
Figura 5: Distribución porcentual de la población investigada según Test Yesavag.....	41
Figura 6: Distribución porcentual de la población investigada según MNA.	42
Figura 7: Distribución porcentual del Recordatorio de 24h en Adultos Mayores.	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Rangos de actividad física para calcular el requerimiento calórico según la OMS.....	19
Tabla 2: Raciones diarias recomendadas para grupos de alimentos específicos.....	20
Tabla 3: Diagnóstico del IMC	21
Tabla 4: Distribución porcentual de la población investigada según frecuencia de consumo en adultos mayores.	44
Tabla 5: Tabla de contingencia de Barthel por MNA	45
Tabla 5.1: Tabla de Ji cuadrado de Barthel con MNA	46
Tabla 6: Tabla Contingencia De Yesavage Por MNA.....	47
Tabla 6.1: Tabla de Ji cuadrado de Yesavage con MNA	48
Tabla 7: Tabla De Contingencia De Mna Por Imc	49
Tabla 7.1: Tabla de Ji cuadrado MNA con IMC.....	50

RESUMEN

El proceso de envejecimiento provoca diferentes alteraciones en el adulto mayor, que condicionan su deterioro funcional y nutricional como consecuencia un déficit de macro y micronutrientes. El presente estudio realizado, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil.

METODOS: Este estudio se realizó con una metodología con enfoque cuantitativo, alcance correlacional y observacional de corte transversal prospectivo. Se utilizó instrumentos como: ficha clínica, Mini Assessment Nutrition, test de Yesavage, test de Barthel, Frecuencia de consumo y recordatorio de 24 horas. La muestra fue de (n=65) adultos mayores.

RESULTADOS: Se obtuvo que la población según el MNA presentó malnutrición en un n=60%, estado nutrición normal n=6%. El resultado de Barthel fue de n=29% dependencia severa y un n=8% independencia. En el test de Yesavage el 88% presento depresión y un menor porcentaje n=12% estado normal. En la encuesta realizada del recordatorio de 24, la población presento un déficit de calorías, carbohidratos y proteínas, y un exceso de grasa.

CONCLUSIONES: La mayor parte de la población presentó desnutrición, dependencia severa y depresión; afectando su estado nutricional.

PALABRAS CLAVES: ENVEJECIMIENTO; ADULTOS MAYORES; MALNUTRICIÓN; DEPRESIÓN; VALORACIÓN NUTRICIONAL.

ABSTRACT

The aging process causes different alterations in the elderly, which condition their functional and nutritional deterioration as a consequence of macro and micronutrient deficits. The present study aimed to determine the risk factors associated with malnutrition in older adults aged between 65 and 90 years institutionalized at Hogar San José in Guayaquil.

METHODS: This study was carried out with a methodology with a quantitative approach, correlational and observational scope of prospective cross-section. We used instruments such as: Clinical History, Mini Assessment Nutrition, Yesavage test, Barthel test, Consumption frequency and reminder of 24 hours. The sample was (n=65) elderly

RESULTS: It was obtained that the population according to the MNA presented malnutrition in (n= 60%), normal nutrition status (n= 6%). Barthel's result was (n= 29%) severe dependence and (n= 8%) independence. In the Yesavage test, 88% presented depression and a lower percentage (n= 12%) normal state. In the reminder survey of 24, the population presented a deficiency of calories, carbohydrates and proteins, and an excess of fat.

CONCLUSIONS: Most of the population present malnutrition, severe dependence and depression; affecting their nutritional status.

KEYWORDS: AGING; ELDERLY; MALNUTRITION; DEPRESSION; NUTRITIONAL EVALUATION.

INTRODUCCIÓN

Se considera adulto mayor a las personas que superan los 65 años de edad, es un grupo vulnerable que presenta cambios internos y externos, en esta etapa de vida el cuerpo y las facultades cognitivas se van deteriorando. El adulto mayor pertenece a un grupo poblacional que debe ser abordado desde una perspectiva integral o visión biopsicosocial, donde el envejecimiento sea considerado una etapa normal del proceso (Organización Mundial de la Salud, s/f, p. 1).

Es importante tener en cuenta que los cambios físicos, dietéticos y psicológicos en los adultos mayores están relacionados con la alimentación afectando su estado nutricional porque ponen en riesgo la ingesta de nutrientes esenciales, las necesidades energéticas se reducen a pesar de que los requerimientos de los otros nutrientes no sufren el mismo problema si la persona goza de buena salud.

En esta etapa del envejecimiento existen múltiples cambios que influyen directamente al estado nutricional del adulto mayor lo que provoca una susceptibilidad muy elevada de padecer deficiencias nutricionales como por ejemplo malnutrición y malnutrición calórica- proteica convirtiéndose en un problema común en dicha población, muchos de los adultos mayores están en riesgo de padecer distintas enfermedades nutricionales la más común la malnutrición, la falta de apetito o acceso a alimentos inocuos y seguros , problemas de metabolismo o deglución y múltiples factores que van asociados a la alimentación y progresivamente afectando su salud emocional, cognitiva , generando patologías y afectando a la calidad de vida (Wendy, JDahl, 2011, p. 1). La malnutrición es un estado derivado de una dieta incorrecta, desequilibrada o insuficiente, o por una metabolización inadecuada de los alimentos; es por eso que el objetivo de un adecuado régimen alimenticio en los adultos mayores, es tener un óptimo estado de salud, que permita cubrir las necesidades alimenticias para prevenir deficiencias, patologías relacionadas con la nutrición y un peso corporal adecuado (Bernal Orozco, s/f, p. 2).

Por lo tanto, un buen estilo de vida, y un estado nutricional adecuados, son elementos que ayudan a que exista un alto nivel de salud física y mental complementados con una alimentación equilibrada, lo cual disminuye el índice de mortalidad provocadas por enfermedades crónicas degenerativas y discapacidades en los adultos mayores.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud Pública en cuanto al adultos mayor habla de prevención en salud y nutrición, y recalca que provisionará una atención preferencial y especializada en el sistema de salud pública, además, promoverá la gratuidad en los servicios y en medicinas. A partir del año 2010 dicha institución en beneficio de este importante sector de la población ha emitido normas y protocolos de Atención Integral dirigidas a las personas adultas mayores, iniciándose la capacitación de los equipos interdisciplinarios para su atención en el primer nivel y segundo nivel de Atención en todo el país, incluyendo a los de la Red Integral De Salud. El Ministerio de Inclusión Económica y Social realiza un programa que entrega una canastilla de alimentos básicos, un complemento alimentario e información en nutrición en beneficio de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad (MSP, 2016, párr. 3).

El envejecimiento demográfico va aumentando progresivamente de proporción en las personas de 65 años y más con respecto a la población total, a medida que el proceso de envejecimiento va avanzando, el ritmo de crecimiento de la población muestra un incremento mucho más acelerado en el tramo de 60 años de edad y más, por efecto de la disminución de la mortalidad adulta y por la entrada en las edades adultas de generaciones numerosas nacidas en la etapa de alta fecundidad. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, s/f, p. 2). Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población, representan uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades.

Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable (Gobierno de Chile SERNAC, octubre, p. 3). La tasa poblacional de adultos mayores a nivel mundial está aumentando de manera acelerada, pero este incremento, de acuerdo a algunas organizaciones podría traducirse también en un incremento de patologías y discapacidades en ellos, por lo cual se ha observado en este grupo un aumento de los problemas nutrimentales con repercusiones fatales en diferentes ámbitos, podríamos considerar a la malnutrición como un síndrome geriátrico (“OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento”, s/f, párr. 4).

En la actualidad 7 de cada 100 ecuatorianos/as son personas adultas mayores, en rangos de edad de 65 a 90 años donde se concentra más del 50% de ellas que presentan un significativo incremento, en tanto que se puede apreciar que en varias ciudades viven personas que ya son centenarias. La realidad de la población adulta mayor (PAM) en nuestro país transcurre entre las necesidades de contar con ingresos para subsistir, así como atención oportuna de salud (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013, p. 3).

El Plan Nacional del Buen Vivir plantea garantizar la promoción de la salud entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas, prevención de diferentes enfermedades, incluye una mejora en los hábitos de vida, alimenticios, y actividad física, tomando en cuenta los indicadores de los datos estadísticos observados de tasa de mortalidad por las patologías crónicas no transmisibles siendo está un elevado porcentaje (Secretaría Nacional y Planificación del Desarrollo, 2017, p. 1).

La desnutrición en ancianos está relacionada con múltiples consecuencias, que incluyen: alteración en la función muscular, disminución de la masa ósea, disfunción inmunitaria, anemia, repercusión en el estado cognitivo, pobre cicatrización, pobre recuperación posterior a una cirugía, incremento del riesgo de institucionalización, déficit de macro, micronutrientes y vitaminas mayor estancia hospitalaria, fragilidad, mortalidad y reducción en la calidad de vida (Tania García, 2012, p. 1).

Entre los principales centros especializados para adultos mayores están : Carlos Luis Plaza Dañín y el hospicio Corazón de Jesús, de la Junta de Beneficencia, Esperanza 2 de las Fuerzas Armadas, el Hogar San José, de la Congregación de las Hermanas de los Ancianos Desamparados y otro de las hermanas de la Madre Teresa de Calcuta, en el Guasmo, Centro Gerontológico Municipal "Dr. Arsenio de la Torre Marcillo" Además de centros privados como: asilo Sotomayor y Luna, casa hogar mi querido viejo, etc.

En el Hogar San José creado en el año 1966, institución religiosa y sin ánimo de lucro con la exclusiva misión de atender a los ancianos que están desamparados sus principales objetivos son: proporcionar calidad de vida a los ancianos, liberándose en lo posible de condicionamientos negativo, fomentar y promover un ambiente de bienestar y convivencia en actitud de profundo respeto a la persona residente.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo que se asocian a malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil durante el periodo Mayo-septiembre del 2017?.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados a malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil durante el periodo Mayo-Septiembre del 2017.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores mediante parámetros dietéticos y antropométricos.
- Identificar el riesgo de desnutrición de los adultos mayores a través del cuestionario Mini Nutritional Assessment.
- Determinar el nivel de funcionalidad que presentan los adultos mayores a través del Índice de Barthel.
- Valorar el estado mental de los adultos mayores a través de la escala de depresión de Yesavage.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es de gran importancia ya que actualmente no se ha analizado los factores asociados a la malnutrición del adulto mayor institucionalizados en las diferentes instituciones del país. La nutrición del anciano conlleva a una gran problemática de salud pública ya que el estado nutricional en esa etapa de la vida juega un papel protagónico en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, que atacan a un gran número de ancianos; a pesar de la importancia que tiene el estado nutricional en el proceso de salud enfermedad en los adultos mayores, una gran proporción de ancianos tienen problemas de malnutrición (desnutrición, sin contar las diferentes patologías nutricionales presentes en este ciclo), problemas que aumentan el riesgo de morbimortalidad en el anciano y de costos en atención a su salud (Bernal Orozco, s/f, p. 3). Actualmente se cuenta con más nutricionistas en Ecuador, pero un aumento de estudios en el área geriátrica no se ve reflejado, esta población está siendo olvidada. Es por eso que se debe consultar en los estudios de otros países. Se realizará una evaluación nutricional a los adultos mayores y se analizarán hábitos alimenticios para de esta manera obtener una adecuada estrategia que sirva de guía nutricional para los adultos mayores y que de esta manera mejoramos su calidad de vida, su parte funcional, mental; además se plantea brindar soluciones a los problemas como malos hábitos alimenticios que conlleven a la malnutrición, a déficit de macro y micronutrientes, pérdida de masa muscular, pérdida de peso, enfermedades crónicas no transmisibles, aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias, educar al personal administrativo, que conforman el Hogar San José enfocándonos en los factores asociados a la malnutrición, la alimentación pilar fundamental para una óptima calidad de vida humana. El estado nutricional del adulto mayor tiene una directa relación con el propio proceso de envejecimiento, y este proceso está influenciado por los hábitos alimenticios mantenidos a lo largo de la vida.

Durante el envejecimiento, se producen diferentes cambios, Así mismo, se relaciona con el deterioro de sus capacidades funcionales, con una habitual polimedicación y con los factores a trabajar en el presente estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO REFERENCIAL

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. (“OMS”, 2015, pt. 1)

En un estudio de Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú, cuyo propósito fue determinar el estado nutricional y los factores asociados a malnutrición en el adulto mayor en esa comunidad, Se encuestaron a 72 personas. La prevalencia de malnutrición fue 29,9%; 57,9% en riesgo de malnutrición. El 69,4% presentaban depresión y riesgo de la misma; 27,8% mostró deterioro cognitivo; 93,1% presentaba percepción negativa de su salud oral; 51,4% eran dependientes funcionales y el 100% poseía algún problema social. Se encontró asociación de malnutrición con las variables, sexo masculino y presencia de depresión. Conclusiones: En la comunidad de Masma Chicche, alrededor de la tercera parte de la población tiene malnutrición la que está asociada con el sexo masculino y la presencia de depresión (Ana Lucia Contreras, Gualber, Romaní, & Tejada, 2013, p. 186).

Otro estudio realizado en El Salvador, Brasil de Nutritional status of institutionalized elderly Brazilians: a study with the Mini Nutritional Assessment, teniendo como objetivo evaluar el estado nutricional de los ancianos residentes en Hogares para Ancianos, en la ciudad de Salvador, Brasil y factores asociados. encuestaron a 359 adultos mayores a partir de 60 años de ambos sexos. dando como resultados: En cuanto al estado nutricional de acuerdo con Mini Nutritional Assessment (MNA), el 66,3% de los ancianos evaluados estaban desnutridos y en riesgo de desnutrición.

La prevalencia de esta afección fue mayor entre los hombres (76,6%) en comparación con las mujeres (62,4%). Se ha observado, como resultado del análisis multivariado, que sólo la capacidad funcional variable para Actividades de la Vida Diaria (AVD) fue estadísticamente significativa. Como conclusión, La desnutrición y el riesgo de desnutrición fueron de importancia excepcional de las condiciones, porque casi dos tercios de los ancianos estaban en esta situación. La capacidad funcional para AVD debe ser supervisada por su estrecha relación con el estado nutricional de las personas mayores. Un enfoque interdisciplinario en el contexto de la institucionalización es necesario debido a la asociación entre el estado nutricional y variables de diferentes dimensiones (Amorim Sena Pereira et al., 2014, p. 1198).

En el año 2017 se realizó un estudio transversal de Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia: Un estudio transversal donde se tomó en una muestra de 261 adultos mayores. Para valorar el estado nutricional se utilizó el Mini Nutritional Assessment (MNA) y para la evaluación cognitiva se aplicó el Mini-Mental State Examination (MMSE). Los síntomas depresivos se determinaron a través de la escala Yesavage y el grado de independencia funcional con la escala de Lawton y Brody. Para establecer la asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos con el MNA, se realizó un modelo de regresión logística y se calculó la Odds Ratio (OR) crudo y ajustado con su respectivo intervalo de confianza del 95% (IC95%). Obteniendo como resultado que el 60,1% de los adultos mayores presentó riesgo de desnutrición y el 6,5% desnutrición. Quienes pertenecían a niveles socioeconómicos bajos (OR=2,07; IC95%: 1,18-3,64), con nivel de dependencia funcional (OR=2,74; IC95%: 1,07-5,53) y sintomatología depresiva (OR=7,02; IC95%: 2,08-23,74), presentaron mayor desnutrición o riesgo de desnutrición (Nubia Amparo Giraldo Giraldo, 2017, p. 1).

Estos hallazgos muestran un alto porcentaje de adultos mayores con desnutrición o riesgo de desnutrición asociados a un nivel socioeconómico bajo, implicación o dependencia funcional y sintomatología depresiva. Se requiere un manejo integral orientado hacia la valoración e intervención planificada, teniendo en cuenta los factores asociados a esta condición nutricional (Nubia Amparo Giraldo Giraldo, 2017, p. 1).

4.2 MARCO TEÓRICO

Adulto mayor

El envejecimiento es un proceso que no solo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos (MIES, 2012, p. 9).

Al ser el envejecimiento un proceso multidimensional que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad. La acción a favor de las personas mayores es un desafío para el Estado en sus niveles nacional y local. Lo es también para el sector privado, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general. El trabajo mancomunado asegura el logro de cambios a favor de la igualdad y equidad social a nivel del país. El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarían el 18% de la población.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable (MIES, 2012, p. 9,10).

Existen tres tipos de envejecimiento:

- Envejecimiento normal: o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, el encanecimiento de los pelos).
- Envejecimiento patológico o secundario: se refiere a los cambios que parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer) y que en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.
- Envejecimiento óptimo: es el envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles, teniendo en cuenta, los múltiples factores que intervienen en el proceso de envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas, ya que, implica pocas pérdidas o ninguna, o incluye baja probabilidad de presencia de enfermedades (Cevallos, 2013, p. 18).

Procesos de envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento se produce una serie de cambios que afectan tanto en el aspecto biológico como psicológico de la persona. Pero, además, se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

CAMBIOS CORPORALES, FISIOLÓGICOS Y FUNCIONALES

Composición corporal

Durante el proceso de envejecimiento tiene lugar una serie de cambios en la composición del cuerpo como son:

Aumento de la masa grasa, principalmente aquella que envuelve a las vísceras (riñones, hígado, etc.) con respecto a la etapa adulta:

- 18% varón adulto. 36% en el anciano.
- 33% mujer adulta. 45% en la anciana.

Reducción de la masa muscular, que implica:

- Disminución del agua corporal total; aumenta la tendencia o el riesgo de deshidratación.
- Disminución de la masa ósea; mayor riesgo de fracturas y de osteoporosis, especialmente en mujeres.

Como consecuencia de los cambios en la composición corporal y generalmente, del descenso en la actividad física, las personas mayores deben tomar menos calorías en comparación con etapas anteriores de su vida; ya que, de no ser así, de forma progresiva se tiende a engordar (“CONSUMER EROSKI”, s/f, párr. 3,4 y 5).

Modificaciones fisiológicas y funcionales

- Reducción de la secreción de saliva y tendencia a la sequedad bucal (xerostomía).
- Adelgazamiento y atrofia de las encías, ausencia de dientes, prótesis dentales.
- Pérdida de fuerza muscular mandibular y de potencia de masticación; menor poder de triturar los alimentos.
- Disminución de las papilas gustativas; se altera el sentido del gusto o la percepción de los sabores.

- A nivel del esófago, mayor riesgo de atragantamiento y de disfagia (dificultad para tragar sólidos o líquidos), debido a una alteración del mecanismo de la deglución.
- Tendencia al reflujo, por una menor competencia del esfínter que separa el esófago del estómago.
- En el estómago se produce una menor secreción ácida y una atrofia de la mucosa que lo recubre interiormente; se hacen más lentos los movimientos de propulsión de alimentos hacia el intestino y el vaciado gástrico (digestiones más lentas y difíciles).
- En el intestino, atrofia de la mucosa progresiva que dificulta el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos, degeneración nerviosa que afecta a la motilidad o movimiento intestinal y al reflejo de defecar, modificaciones en la flora bacteriana del intestino grueso; tendencia a sufrir flatulencia y estreñimiento.
- Pérdida parcial de capacidades sensoriales: olfato, gusto, visión y audición (“CONSUMER EROSKI”, s/f, párr. 6 y 7).

Alimentación en el Adulto mayor

En esta etapa, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tiende a declinar, por lo que se debe tener especial cuidado de entregar una dieta balanceada y atractiva de acuerdo a las preferencias de cada adulto mayor, pero que aporte una nutrición equilibrada y saludable. Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables pueden revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados al proceso de envejecimiento. El principal objetivo al cual están dirigidos estos consejos, es evitar, detener e incluso revertir la sarcopenia, que es la pérdida de masa muscular, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad. En la etapa adulta mayor, la persona se muestra más vulnerable a las deficiencias nutricionales, por los cambios fisiológicos, físicos, psíquicos y sociales, de ahí la importancia de mantener una ingesta adecuada de nutrientes de acuerdo a la edad, sexo.

En adultos mayores con deficiencias nutritivas es frecuente ver disminuida la capacidad defensiva contra las condiciones ambientales, lo que se evidencia en ocasiones con fracturas, infecciones y en la aparición de enfermedades de difícil recuperación. En esta etapa de la vida, se debe hacer una distribución adecuada de los nutrientes para preservar la masa muscular, el sistema inmunológico y la función cognitiva. Asimismo, con una dieta balanceada se puede prevenir patologías como osteoporosis, anemia, enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres en especial de mama y de colon y mantener los niveles normales de lípidos en sangre, colesterol y triglicéridos (Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, 2016, párr. 3,4,5, y 6).

REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS

- **Energía**

El proceso de envejecimiento se acompaña de una reducción significativa de la actividad física, hecho que contribuye a una pérdida de masa muscular. No existe una buena definición del IMC ideal para la tercera edad, si bien se estima que no debe exceder el valor de 30. Por otra parte, los datos de ingesta indican que son significativamente más bajas que en adultos más jóvenes. Esto se explica por una menor actividad física y una menor masa muscular. Si se aumenta la ingesta sin incrementar en forma simultánea el gasto energético, se inducirá un aumento de tejido adiposo favoreciendo el desarrollo de obesidad. Por otra parte si se provee solo lo necesario para mantener un balance energético para un nivel de gasto bajo, se estará manteniendo una situación poco saludable creando situaciones de desnutrición (MSP, 2014, p. 18).

- Adultos Mayores >65 años 1800 a 2000 kcal/diarias

ECUACIONES MÉTODO FAO / OMS/ UNU:

- Hombres: $TMB = 13.5 \times P + 487 \times FA$
- Mujeres: $TMB = 10,5 \times P + 596 \times FA$

Tabla 1: Rangos de actividad física para calcular el requerimiento calórico según la OMS

ACTIVIDAD	HOMBRES	MUJERES	ACTIVIDAD FISICA
SEDENTARIA	1,2	1,2	Sin actividad
LIVIANA	1,55	1,56	3h semanales
MODERADA	1,8	1,64	6h semanales
INTENSA	2,1	1,82	4 a 5 h diarias

Fuente: FAO / OMS/ ONU

- **Proteína**

Cada gramo aporta 4 kilocalorías. Han de suponer el 12-15% del aporte energético total (1-1,2 g/kg de peso). Algunos factores inherentes al proceso de envejecimiento, como la disminución de la masa magra corporal, la pérdida de la capacidad funcional, el descenso de la actividad física, la reducción de la ingesta calórico global y el aumento de la frecuencia de enfermedades, pueden condicionar los requerimientos proteicos, debiendo suplementarse ante procesos como las úlceras por presión, las infecciones y las quemaduras, que producen un hipercatabolismo. Precisan ser controladas ante insuficiencia renal, por la sobrecarga del riñón. Es importante la calidad de la proteína, que depende de la composición de los aminoácidos que poseen, sobre todo en lo que se refiere a la proporción de aminoácidos esenciales de la molécula. Por ello, las proteínas animales poseen mayor valor biológico que las vegetales, puesto que estas últimas carecen casi siempre de aminoácidos importantes, por ejemplo: los cereales son de citarios en lisina y las legumbres en metionina y cistina (Dr. Gil Gregorio et al., 2013, p. 14,15).

✓ 12% de aporte diario

- **Grasas**

En las personas mayores los requerimientos se mantienen estables. Un 10 - 30% de las calorías deben ser de origen lipídico para cubrir necesidades de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales.

La ingesta de colesterol debe ser menor a 300 mg/día, lo que se consigue reduciendo el consumo de yema de huevo, crustáceos, vísceras, grasas de las carnes y productos lácteos enteros. Con respecto a la distribución del tipo de lípido estos deben ser idealmente: máximo 7 a 10% de ácidos grasos saturados, 10-15% monoinsaturados y 10 % de poliinsaturados. Se debe tener cautela con las dietas restrictivas en personas adultas mayores frágiles en las cuales dichas dietas tienen menor palatabilidad y pueden ocasionar disminución de la ingesta y malnutrición (Dra. Budinich, s/f, p. 4).

- **Hidratos de Carbono**

Se recomienda que el aporte de carbohidratos sea de un 65% de la ingesta calórica total, y que dicho aporte se realice a expensas de carbohidratos complejos (almidones), limitando la ingesta de carbohidratos simples (azúcares y derivados) a menos del 10% de las calorías totales. Se recomienda una dieta rica en carbohidratos ricos en fibra lo que previene el estreñimiento, favoreciendo la función del colon (MSP, 2014, p. 19).

MICRONUTRIENTES

Calcio y vitamina D

Los adultos mayores requieren más vitamina D y calcio para los huesos. Es recomendable tomar al día 3 porciones de leche fortificada con vitamina D y de yogur bajos en grasa o descremados. Además, están los cereales y los jugos fortificados, los vegetales de hojas verde oscuro y el pescado de lata de espinas suaves. Si los toma, es necesario tomar suplementos de calcio o multivitaminas con vitamina D (American Dietetic Association, s/f, párr. 10).

Vitamina B12

Junto con la B6 y los folatos, forma parte del metabolismo de la homocisteína y el ácido metilmalónico. Dosis recomendada 2 a 5 ugr diarios (Dra. Budinich, s/f, p. 5).

Fibra

Comer alimentos altos en fibra es muy recomendado para la digestión. También evitará problemas cardiovasculares y ayuda a controlar el peso. La fibra se encuentra en panes y cereales de grano entero, cereales integrales, las frutas y los vegetales también proveen fibra (American Dietetic Association, s/f, párr. 12).

Recomendaciones diarias de nutrientes (*Recommended Dietary Allowances, RDAs*): para el adulto mayor

- Proteínas: 0,8 a 1 gramo por kg de peso teórico. Con 50% de alto valor biológico.
- H de C: 45 – 65 % del Valor Calórico Total (VCT)
- Lípidos: 20-35 % del VCT
- Hierro: 8 mg
- Calcio: 1200 mg
- Vitamina D: 15 ug Se sugiere la exposición solar de 15 min diarios en horarios aptos para dicha exposición.
- Vitamina C: 75- 90 mg
- Folatos: 400 ug
- Vitamina B12: 2,4 ug
- Zinc: 8-11 mg
- Fibra: 21- 30 g
- Sodio: 1,2 – 1,3 g
- Magnesio: 320 -420 mg
- Potasio: 4,7 g
- Agua al menos 8 vasos diarios (RENAM, s/f, p. 28).

Tabla 2: Raciones diarias recomendadas para grupos de alimentos específicos

GRUPOS DE ALIMENTOS	RECOMENDADO
LECHE	2-4 PORCIONES/DIA
VEGETALES	3-4 PORCIONES/DIA
FRUTAS	3-4 PORCIONES/DIA
PANES Y CEREALES	6-11 PORCIONES/DIA
CARNES	3-4 PORCIONES/DIA
GRASAS	1-2 PORCIONES/DIA
AZÚCAR	1-2 PORCIONES/DIA

Fuente: Diccionario y manual de Nutrición de dietoterapia.

ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Evaluación y Diagnóstico del adulto mayor

La evaluación del estado de nutrición de los adultos mayores debe ser un proceso que asocie distintos indicadores, que permitan llegar a un diagnóstico integral.

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso: La mayor utilidad de esta medición es que permite saber si el individuo ha disminuido o aumentado de peso en los últimos meses, lo que sería un factor que conduciría a realizar una evaluación más profunda (RENAM, s/f, p. 20).

Estatura o talla: La medición de la estatura en la tercera edad no es sencilla debido a cambios en la morfología esquelética. Si es posible la valoración se sugiere una periodicidad anual.

La escoliosis o cifosis, frecuente en adultos mayores, impide adquirir una postura erecta, para estos casos se puede calcular la estatura estimada a partir de la altura de rodilla.

IMC: Puede ser utilizado como indicador de sobrepeso u obesidad en casi todas las personas mayores de 60 años (RENAM, s/f, p. 21).

Tabla 3: Diagnóstico del IMC

IMC	CLASIFICACIÓN
<18,5	DÉFICIT DE PESO
18,5 - 24,9	NORMAL
25 - 29,9	SOBREPESO
>30	OBESIDAD

Fuente: Manual de fórmulas y tablas para la intervención nutricional de Elena Palafox

INDICADORES DIETÉTICOS

Anamnesis alimentaria: La anamnesis alimentaria completa debe considerarse un registro obligatorio para la evaluación dietética de los adultos mayores. Permite conocer las características de la dieta y evaluar hábitos. Permite, también, orientar sobre el riesgo de presentar alguna alteración (RENAM, s/f, p. 22).

Frecuencia de consumo alimentario: tiene como objetivo conocer la frecuencia en la que come un alimento o grupo de alimentos en un tiempo determinado.

OTROS INDICADORES

Mini Nutritional Assessment (MNA): Es un método de evaluación y screening nutricional para población mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario. Consta de dos partes: un cribaje (7 preguntas), y una evaluación (12 preguntas) que se realiza sólo si el cribaje da positivo.

Una puntuación total ≥ 24 indica que el paciente tiene un buen estado nutricional. Una puntuación entre 17-23,5 identifica a los pacientes en riesgo nutricional, que a lo mejor no han perdido mucho peso, ni se han alterados sus parámetros bioquímicos, pero que están teniendo una ingesta proteico-calórica inferior a la recomendada. Estos pacientes requieren intervención nutricional, para evitar el desarrollo del proceso de desnutrición. Si la puntuación es menor de 17 el paciente presenta desnutrición calórico-proteica y deberá completarse su evaluación mediante parámetros bioquímicos, antropométricos e historia dietética, para determinar la intervención nutricional necesaria (RENAM, s/f, p. 23).

Desnutrición en adultos mayores

La desnutrición como estado patológico caracterizado por la falta o déficit de aportes adecuados de energía, macro y micronutrientes de acuerdo con las necesidades biológicas provocando así complicaciones en la salud generando diferentes enfermedades; esto ocurre especialmente de los adultos mayores por su mayor vulnerabilidad (Nubia Franco Álvarez, 2010, párr. 2).

Se conoce que los adultos mayores tienen un riesgo totalmente desproporcionado de desnutrición, ya que las condiciones de salud contribuyen a tener una ingesta insuficiente de alimentos y nutrición y se desarrollan como consecuencia de una ingesta inadecuada (Wham et al., 2017, párr. 4). La desnutrición converge distintos conflictos de salud asociados con la comorbilidad, con tendencia a generar cronicidad, y hacia el déficit funcional (supeditación), y en la que predominan determinadas etapas y síndromes, como los déficits cognitivos y demencias, que de manera específica aumentan exponencialmente el riesgo de malnutrición, si se estudia la prevalencia de desnutrición en distintos ámbitos varía desde un 3-5% en el domicilio al 20-40% en los hospitalizados en servicios médicos, al 40-60% en los hospitalizados por cirugía, hasta alcanzar en algunos estudios el 50-60% en los ingresados en residencias.

Las cifras de prevalencia de desnutrición muestran una prevalencia del 5-7% en centros cuyos residentes tienen un bajo nivel de dependencia, un 10-15% en centros con residentes con un grado medio de dependencia, y del 25-28% cuando se trata de centros con residentes altamente dependientes (Dr. Primitivo Ramos Cordero, s/f, p. 3) ; he aquí la gran diferencia de porcentajes que presenta la desnutrición en adultos mayores acompañados de múltiples factores entre los más destacados se encuentran nutricionales, psicológicos, cognitivos y físicos .

Las personas incluyendo adultos mayores con un estado nutricional totalmente deficiente son más propensas a desarrollar mala calidad de vida, acompañado de discapacidad física, mental y social, el índice de masa corporal, los trastornos depresivos, la polimedicación, el estado de fragilidad o fragilidad, la mala autoestimación de la salud y el deterioro cognitivo o las enfermedades crónicas son factores de salud identificados como determinantes del estado nutricional (Maseda et al., 2017, p. 2).

DESNUTRICIÓN

La desnutrición está muy ligada a los cambios metabólicos de las situaciones de ayuno y estrés metabólico. Los cambios metabólicos aparecen dependiendo de la causa desencadenante de la desnutrición, manifestándose con un aumento del metabolismo basal en las situaciones catabólicas, (traumatismo, sepsis), desencadenado por aumento de citocinas inflamatorias, aumento de catecolaminas, cortisol, glucagón, presentándose una situación de resistencia a la insulina. Hay un aumento de la proteólisis, de la neoglucogénesis y movilización del tejido graso para una utilización de los ácidos grasos libres. Por el contrario, en la desnutrición causada por enfermedades que suponen restricción de energía se ponen en marcha mecanismos adaptativos que conducen a un estado hipometabólico sin elevación de las citocinas inflamatorias ni de hormonas de contrarregulación. En esta situación el tejido graso es movilizado como en las situaciones de ayuno para la utilización de los ácidos grasos libres y formación de cuerpos cetónicos.

En la desnutrición asociada a enfermedad estas situaciones de hiper e hipometabolismo se pueden solapar y se manifestaron según cuál sea el componente predominante (Burgos Peláez Rosa, 2013, p. 4).

Diagnóstico de la desnutrición

No se ha presentado una prueba de diagnóstico específico que indique la desnutrición como tal, se puede comprobar con la gama de exámenes de laboratorio para comprobar la deficiencia de vitaminas, proteínas, etc. Con el apoyo de la anamnesis nutricional, exploración física, ficha clínica, antecedentes y varios puntos analíticos.

Factores nutricionales

A medida que van pasando las diferentes etapas de la vida y se llega a formar parte de los adultos mayores empiezan una serie de cambios fisiológicos en nuestro organismo, hablando de la parte alimentaria donde se ve afectado el apetito teniendo como consecuencia una disminución del mismo. La disminución de la ingesta calórica diaria es de aproximadamente un 30% entre los 20 y 80 años de edad. Gran parte de esta disminución es secundaria a la disminución del gasto energético; sin embargo, en muchas personas la disminución de la ingesta es mayor que la reducción del gasto de energía, perdiéndose peso corporal (Dr. Primitivo Ramos Cordero, s/f, p. 27).

- Pérdida o disminución de las papilas gustativas y atrofia del nervio olfatorio, con pérdida de la capacidad de saborear los alimentos, mostrando así menor interés por la comida o identificar un sabor que no es propio del alimento.
- Reducción de la producción de saliva con dificultad para la formación del bolo, con mayor posibilidad de desarrollar enfermedades periodontales.
- Disminución de la secreción gástrica, que puede disminuir la absorción de ciertos minerales y vitaminas, como el hierro, el calcio, la vitamina B12 o el ácido fólico.

- Lento proceso del vaciamiento gástrico, que produce saciedad precoz, lo que provoca que se retrase el tránsito intestinal, favoreciendo el estreñimiento.
- Déficit adquirido de lactasa, que produce intolerancia a la leche.
- Disminución en la absorción, producción y conversión de la vitamina D, que determina una menor absorción de calcio y favorece la osteoporosis.

Factores psicológicos

Muchos adultos mayores específicamente los institucionalizados son abandonados por su propio núcleo familiar o simplemente porque ellos mismos no pueden ser responsables de los cuidados especiales o la parte funcional que un adulto mayor requiere en cuanto comida, aseo, caminar, sentarse, infinidad de cosas. Desde ahí ya llevan un problema psicológico afectivo por no poder contar con sus hijos/as nietos, etc.

Estudios han confirmado la teoría que la depresión o la parte mental cuando se ve afectado repercute de una u otra manera la parte nutricional del adulto mayor. La depresión es una de las principales causas de pérdida de peso en las personas de edad avanzada, e incluso un valor elevado de MNA (Mini Nutritional Assessment) es factor de protección frente al riesgo de padecer depresión. En este sentido la nutrición podría jugar un papel importante en la prevención de la depresión. Se ha observado que las personas deprimidas presentan mayores deficiencias de algunas vitaminas, como el ácido fólico o la piridoxina, y de algunos minerales, como el magnesio y el zinc. (Dr. Primitivo Ramos Cordero, s/f, p. 37)

La desnutrición como la depresión son frecuentes en el adulto mayor y con mucha relación, la desnutrición, en sus diversos grados es uno de los grandes síndromes geriátricos y factor determinante de la fragilidad. La depresión afecta directamente en la pérdida del apetito y la consiguiente pérdida de peso, tanto la depresión como el deterioro cognitivo son factores independientes y/o interrelacionados con la falta de apetito. Existe una interrelación entre el estado nutricional y funcional.

La desnutrición compromete el estado funcional de las personas. por consiguiente, el daño en el estado funcional, incrementa la susceptibilidad y puede afectar el consumo de alimentos de manera perjudicial es por esto que la capacidad funcional debe ser parte incluida muy importante del tamizaje en cualquier estudio de riesgo nutricional específicamente en los adultos mayores (Pérez Cruz, Sánchez, Cecilia, Esteves, & Rosario, 2014, p. 2).

Factores cognitivos y físicos

Las condiciones nutricionales intervienen directamente en el mantenimiento del estado de salud, en el que las etapas cognitivas son de especial importancia. El funcionamiento cognitivo es un conculyente de la capacidad.

Las causas más primordiales del deterioro cognitivo (DC) son: la depresión, el delirio y la demencia, el nivel de dicho deterioro aumenta intensamente con la edad, convirtiéndose así en un problema social muy desarrollado, y puede ser causado o agravado por deficiencia nutricional. Además, de los factores genéticos, psicológicos y endocrinos, entre otros, la depresión puede estar causada por factores dietéticos.

En este sentido, la nutrición interviene en un papel muy significativo en la previsión de la depresión, que a su vez puede modificar los hábitos alimentarios y alterar la situación nutricional del adulto mayor, lo que puede agravar aún más la enfermedad de base y consecuentemente aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad; concluyendo con una malnutrición que engloba lo dicho anteriormente (“ESTADO NUTRICIONAL DE ANCIANOS CON DETERIORO COGNITIVO”, 2013, p. 3).

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Conceptos básicos de alimentación

La alimentación es un proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir los alimentos para satisfacer las necesidades de comer (FAO, s/f, p. 125).

Una alimentación sana es la que se mantiene en equilibrio con el gasto calórico, con el ejercicio físico desarrollado y con las reservas corporales, sobre todo de grasa (Subsecretaría de Prevención de Enfermedades, 2015).

Concepto básico de envejecimiento

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (“OMS”, 2015, párr. 8).

Definición de adulto mayor

Se considera adulto mayor a las personas que superan los 65 años de edad, es un grupo vulnerable que presenta cambios internos y externos, en esta etapa el cuerpo y la parte mental se van deteriorando. El adulto mayor pertenece a un grupo poblacional que debe ser incluido ya que el envejecimiento es una etapa más de la vida por lo tanto un proceso normal.

Definición de malnutrición

Se define malnutrición como un trastorno de la composición corporal por carencia absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75 (“Malnutrición”, 2012, Capítulo 22).

Definición de desnutrición

Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos (UNICEF, 2016).

Definición de Mini Nutritional Assessment

El Mini Nutritional Assessment es un método de evaluación y screening nutricional para población anciana. Está diseñado para el ámbito hospitalario, residencias y población ambulatoria. Actualmente está aceptado por un gran número de instituciones y organizaciones científicas en todo el mundo.

Ha sido traducido a más de 20 idiomas y se han desarrollado cientos de estudios de prevalencia de desnutrición y de validación del método en distintos países. Ha demostrado una alta sensibilidad, especificidad y fiabilidad y un alto valor predictivo (González, 2011, párr. 1).

Definición de índice de Barthel

Es una herramienta para evaluar la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida del adulto mayor, consta de 10 ítems.

Definición de test de Yesavage

Es un cuestionario utilizado para evaluar el nivel de anímico de los adultos mayores, consta de 15 preguntas y toma solo 5 minutos.

4.4 MARCO LEGAL

Constitución de la República

Art 13: Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, de calidad, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria. (Asamblea Constituyente, 2011, p. 30)

Haciendo referencia al Capítulo Tercer sobre los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

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

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección. (Asamblea Constituyente, 2011, p. 5).

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

El estado mental y nivel de funcionalidad influyen en el estado nutricional actual de adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

6.1 VARIABLES DE ANÁLISIS

Tabla 1 Variable de Análisis			
		Herramientas	Interpretación
Factores de riesgo	Nutricionales	Mini Assessment Nutrition	Estado nutrición normal Riesgo de malnutrición Malnutrición
	Físicos	Barthel	Dependencia total Dependencia severa Dependencia moderada Dependencia escasa Independencia
	Psicológicos	Yesavage	Normal Depresión
Estado nutricional		IMC	Déficit de peso Normal Sobrepeso Obesidad
Fuente: Elaborado por Michelle Altamirano y Helen Encalada			

6.2 VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

Tabla 2. Variables de Caracterización				
			Herramienta	Interpretación
Peso	Definición conceptual	La masa de un cuerpo	Bioimpedancia	De acuerdo a la unidad: Kg
	Definición operacional	Se mide en Kg para la relación Talla- peso para el IMC		
IMC	Definición conceptual	Es un indicador de la masa que tiene la persona le permite estar en un estado de salud adecuado o podría tener algún riesgo.	Índice de Quetelet	Déficit de peso Normal Sobrepeso Obesidad
	Definición operacional	Es el índice sobre la relación entre el peso y la altura de una persona para valorar su IMC .	IMC= Peso(Kg)/Talla(m ²)	
Edad	Definición conceptual	Tiempo de vida de una persona		60-90años
	Definición operacional	Medida en años 60-90años		
Sexo	Definición conceptual	Se los caracteriza en rangos específicos		M / F
	Definición operacional	Se utilizaron ambos sexos tanto masculino como femeninos		
Fuente: Elaborado por Michelle Altamirano y Helen Encalada				

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL DISEÑO

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo ya que se realizó medición numérica para poder comprobar la hipótesis planteada con sus respectivos análisis, datos obtenidos de la evaluación antropométrica y nutricional en los adultos mayores del Hogar San José ubicada en Guayaquil.

El proyecto de la investigación tuvo un alcance correlacional ya que ayudará a analizar y demostrar si hay relación entre las variables del estudio, para luego obtener un resultado, explicando la relación entre ellas y finalmente sacar conclusiones de la investigación (Christian Rucu, 2011, p. 3).

El diseño fue observacional de corte transversal prospectivo, ya que no modifica o manipula ninguna variable del trabajo y además solo al inicio de esta investigación se recolecto datos.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población fue de 105 Adultos Mayores, con una muestra de 65 Adultos Mayores, el resto de población se encontraban en los criterios de exclusión.

7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores (65-90 años de edad)
- Adultos mayores que se encuentren institucionalizados en el Hogar San José.
- Adultos mayores con estado de lucidez.

7.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores con discapacidad física que no permite mantenerse de pie.

- Adultos mayores con grado de demencia que no permiten acatar órdenes.
- Adultos mayores que no desean participar en el estudio.

7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.4.1 TÉCNICAS

Se utilizaron diferentes técnicas para la recolección de información como:

Observación: Del entorno y el ambiente cotidiano en el que se desenvuelven los adultos mayores en sus actividades cotidianas.

Documental: Información relevante sobre la condición de los adultos mayores con malnutrición mediante la Historia Clínica dietética, Recordatorio de 24 horas, Frecuencia de consumo, Encuesta (Mini Assessment Nutrition).

Encuestas: Preguntas cerradas, elaboradas y dirigidas a la población seleccionada.

7.4.2 INSTRUMENTOS

Historia clínica dietética: La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico/ nutricional en ella se puede llevar un control del paciente como el seguimiento de algún tratamiento a efectuarse hasta su evolución, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. Se considera que con la historia clínica el medico puede conocer más del paciente en el área de salud, como sus antecedentes. (Fernando Guzmán, 2012)

Recordatorio de 24 horas: Es un método en el que el sujeto contesta un cuestionario o responde a una entrevista llevada a cabo por un entrevistador cualificado sobre su consumo de alimentos y bebidas en las últimas 24 horas. Incluye información sobre el tipo y los tamaños de las porciones de los alimentos. (Departamento de Nutrición de Madrid, 2013, p. 2)

Frecuencia de consumo: Una lista de alimentos y la cantidad de cada uno de ellos consumida cada vez, y expresadas en medidas caseras, a partir de estos datos se calcula la cantidad promedio diaria en medidas métricas para cada alimento o grupos afines y posteriormente el valor nutritivo de esta dieta promedio se calcula de acuerdo a tablas de composición química de alimentos. (Trinidad Rodríguez, 2013, p. 2)

Mini Assessment Nutrition: Es una herramienta de cribado que ayuda a identificar a ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición (González, 2011).

Índice de Barthel: Consiste en 10 parámetros que mide su independencia o dependencia (Álvaro Enríquez Rodríguez, 2015, p. 3).

Escala de depresión geriátrica Yesavage: Diseñada específicamente para ver su grado de depresión y si presenta algún daño cognitivo (“Encuesta de salud y bienestar del envejecimiento”, 2016, p. 5).

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

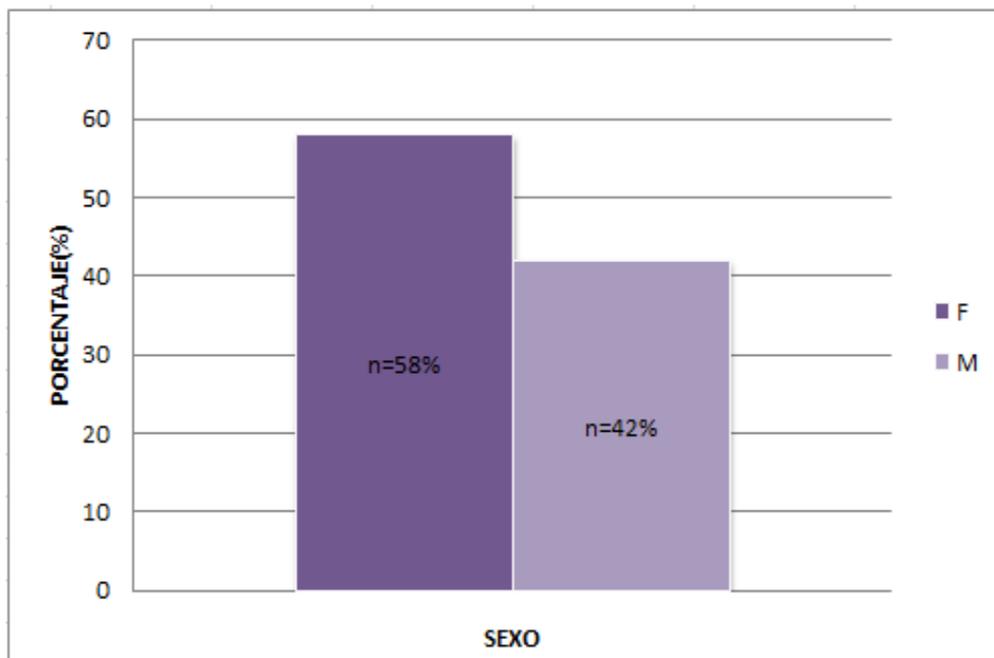


Figura 1: Distribución Porcentual De La Población Investigada Según Sexo.

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica de los pacientes.

ANÁLISIS FIGURA 1

La población total fue de (n=65) adultos mayores, la mayoría (n=58%) fueron mujeres, y el resto varones con un (n=42%).

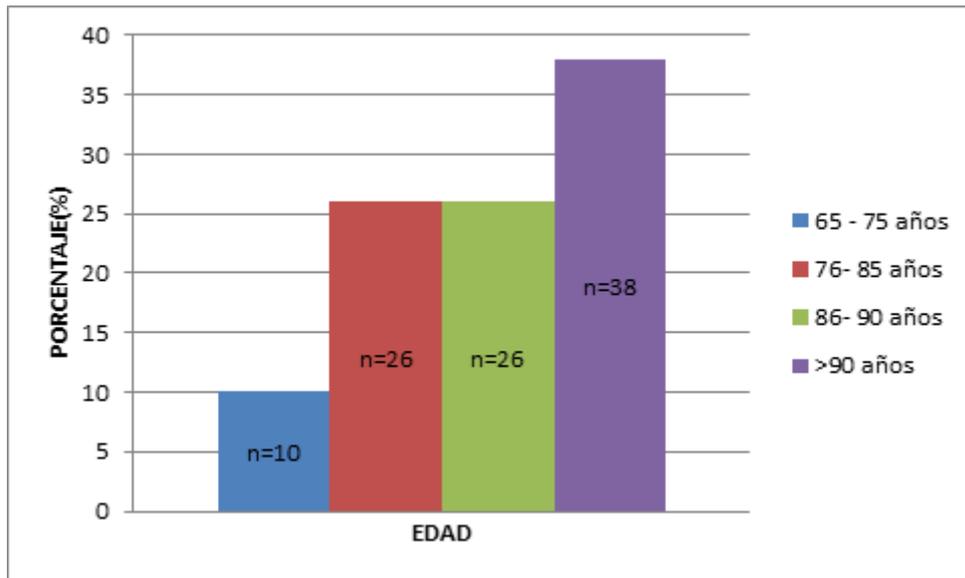


Figura 2: Distribución porcentual de la población según Edad.

Fuente: datos obtenidos de la historia clínica de los pacientes.

ANÁLISIS FIGURA 2

La mayoría de la población (n=38%) se encontraban en la edad de (>90 años) que pertenecían al grupo de los criterios de exclusión; mientras que las personas que se encuentran en el rango de 65 a 90 años representan la población de estudio.

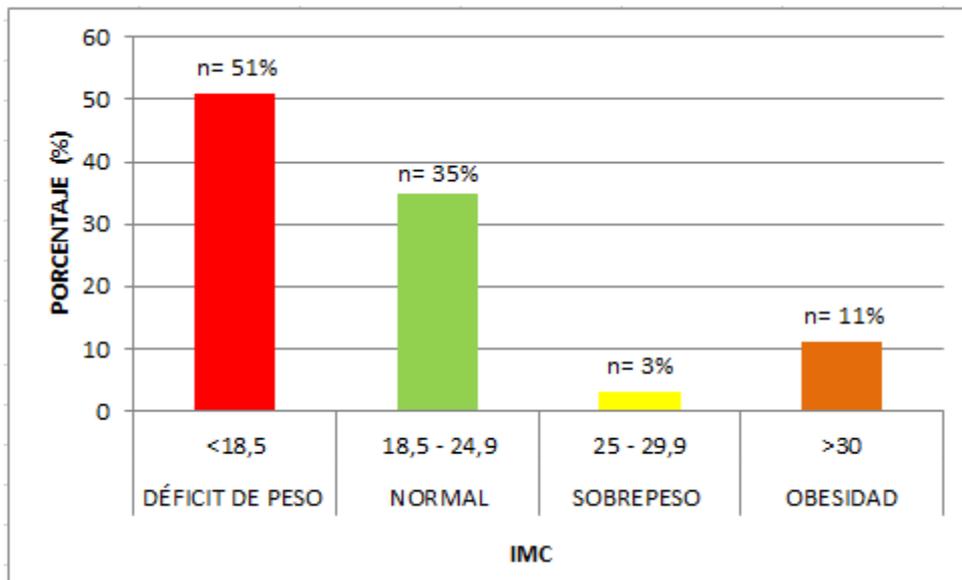


Figura 3: Distribución porcentual de la población investigada según IMC.

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica de los pacientes.

ANÁLISIS FIGURA 3

Se puede observar que el mayor porcentaje de investigados (n=51%) se encuentran en un déficit de peso de acuerdo al IMC; y tan solo el (n=35%) en estado normal.

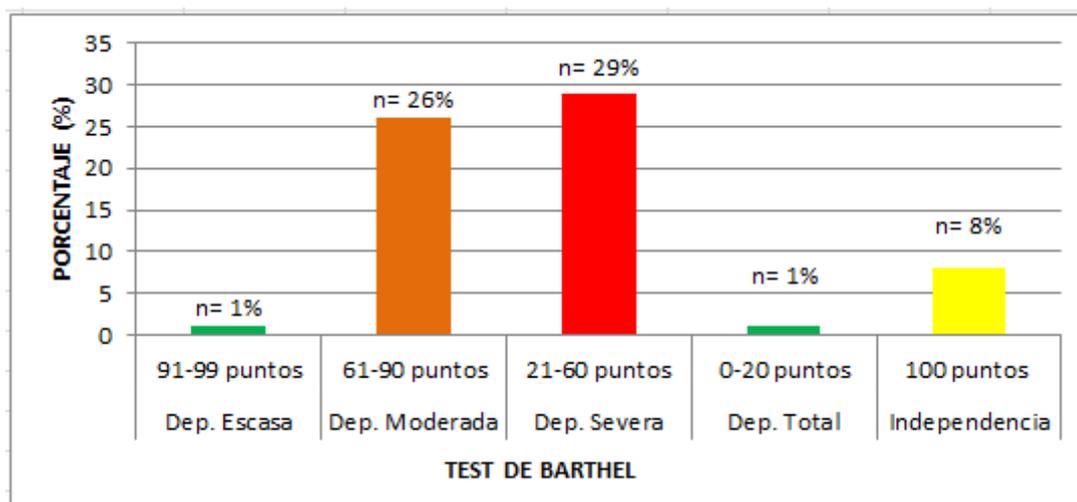


Figura 4: Distribución porcentual de la población investigada según Test Barthel.

Fuente: Datos obtenidos de Encuesta a pacientes.

ANÁLISIS FIGURA 4

El mayor porcentaje de investigados ($n=29\%$) presento dependencia severa, que corresponde al apoyo total en actividades como: comer, bañarse, vestirse, subir y bajar escaleras. Seguido de un ($n=26\%$) de la población con dependencia moderada, es decir poca ayuda para realizar las actividades diarias, presento independencia el ($n=8\%$) realizando todas sus actividades diarias sin ninguna ayuda. Tan solo el 1% perteneciente a dependencia total y escasa.

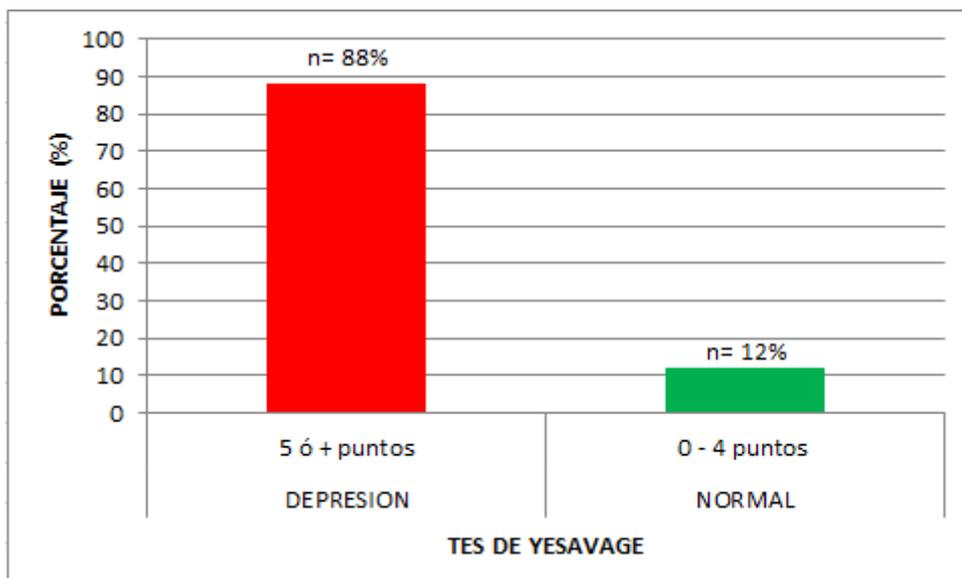


Figura 5: Distribución porcentual de la población investigada según Test Yesavage.

Fuente: Datos obtenidos de Encuesta a pacientes.

ANÁLISIS FIGURA 5

Según los datos obtenidos de la población se puede observar que el (n=88%) presenta depresión y en un menor porcentaje (n=12%) en estado normal. Al realizar esta encuesta muchas de ellas tuvieron sentimientos encontrados, conversando así sobre su vida actual y pasada.

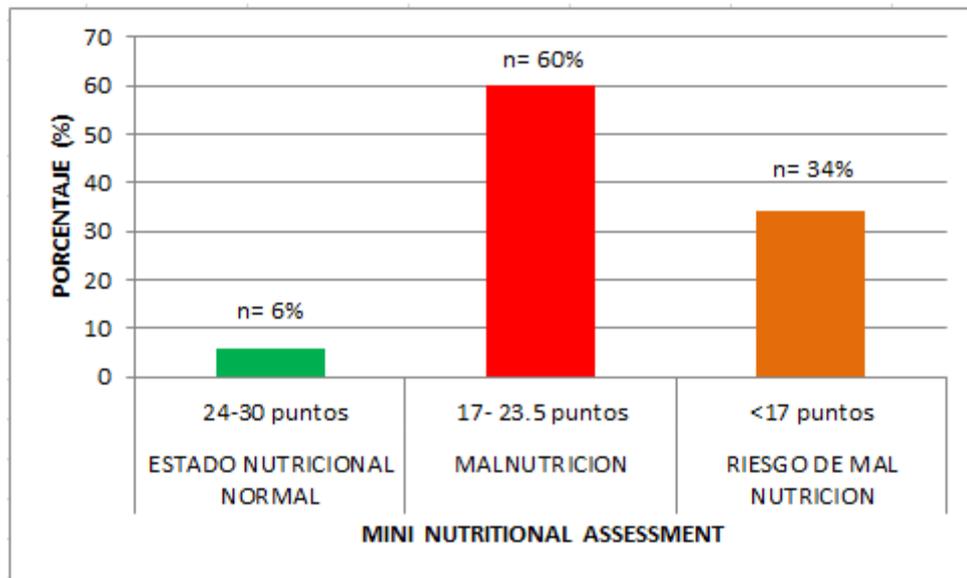


Figura 6: Distribución porcentual de la población investigada según MNA(Mini Nutritional Assessment).

Fuente: Datos obtenidos de Encuesta a pacientes.

ANÁLISIS FIGURA 6

Según la información obtenida, la mayoría de la población con un (n=60%) se encuentra en malnutrición; en un (n=34%) en riesgo de malnutrición y un (n=6%) se encuentran en un estado de nutrición normal. Considerando que al ser una institución pagada no brinda un servicio completo de calidad de vida.

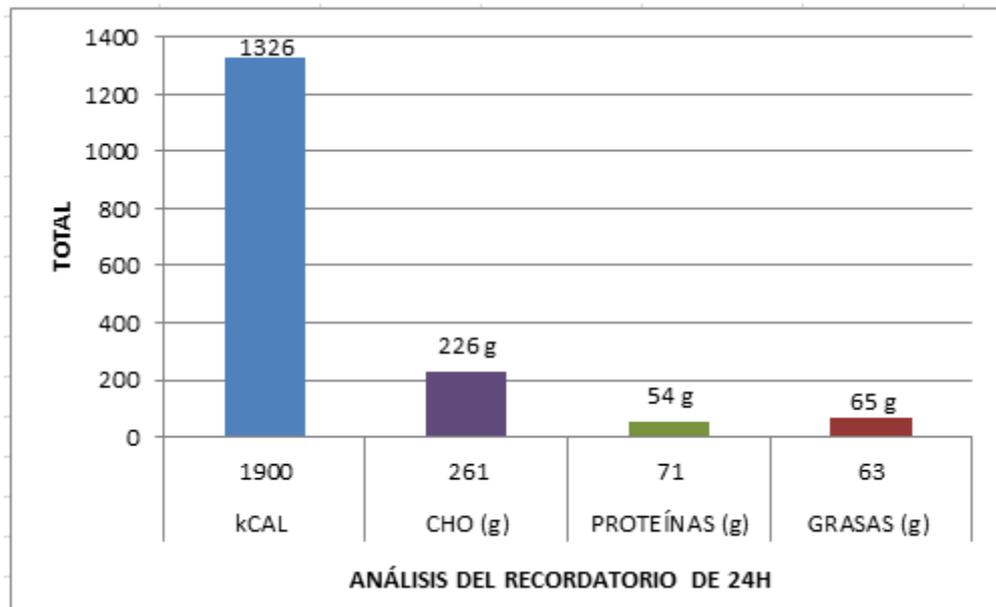


Figura 7: Distribución porcentual del Recordatorio de 24h en Adultos mayores.

FUENTE: Datos obtenidos de Encuesta a pacientes.

ANÁLISIS FIGURA 7

Podemos observar que la población investigada obtuvo un consumo total de 1326 kcal, siendo su valor normal 1900kcal/diarias según el MSP lo que representa un déficit del mismo. En carbohidratos (226g) y proteínas (54g) indicando un déficit de consumo. Mientras que las grasas (65g) se encuentran en un exceso de consumo

GRUPOS	NINGUNO	1-2 porciones/día	3-4 porciones/día	>5 porciones/ día
LÁCTEOS	12%	42%	32%	14%
CEREALES Y DERIVADOS	11%	11%	64%	14%
VERDURAS	6%	42%	18%	34%
FRUTAS	9%	42%	38%	11%
GRASAS	12%	35%	42%	11%
CARNES	6%	55%	32%	6%
AZÚCAR	15%	18%	17%	49%

Tabla 4: Distribución porcentual de la población investigada según frecuencia de consumo en adultos mayores.

Fuente: Datos obtenidos de la frecuencia de Consumo de los pacientes.

Elaborado por: Michelle Altamirano y Helen Encalada

ANÁLISIS

En los datos estadísticos obtenidos en la Frecuencia de consumo en la población investigada observamos que el 64% de la población, presenta un déficit en el consumo de cada grupo de alimentos, pero con un exceso en el consumo de grasas.

BARTHEL		MNA		
Conteo	ESTADO	RIESGO DE		Total
% total	NUTRICIONAL	MALNUTRICION	MAL	
% columna	NORMAL	NUTRICION		
% filas				
	1	0	0	1
DEPENDENCIA	1,54	0	0	1,54
ESCASA	25	0	0	
	100	0	0	
	1	17	8	26
DEPENDENCIA	1,54	26,15	12,31	40
MODERADA	25	43,59	36,36	
	3,85	65,38	30,77	
	1	20	8	29
DEPENDENCIA	1,54	30,77	12,31	44,62
SEVERA	25	51,28	36,36	
	3,45	68,97	27,59	
	0	1	0	1
DEPENDENCIA	0	1,54	0	1,54
TOTAL	0	2,56	0	
	0	100	0	
	1	1	6	8
INDEPENDENCIA	1,54	1,54	9,23	12,31
	25	2,56	27,27	
	12,5	12,5	75	
	4	39	22	
Total	6,15	60	33,85	65

Tabla 5: Tabla de contingencia de Barthel por MNA

Elaborado por: Michelle Altamirano y Helen Encalada

ANÁLISIS

Al comparar el MNA con Test de Barthel encontramos que la mayor población se encuentra en malnutrición y dependencia severa con (30,77%); es decir necesitan ayuda para su actividades diarias. También con un (26,15%) en dependencia moderada. Hay dependencia entre estas variables debido a la tabla de contingencia.

Prueba		Ji cuadrado	Prob > Ji cuadrado
Razón de verosimilitud	de	16,023	0,0421*
Pearson		24,944	0,0016*

Tabla 5.1: Tabla de Ji cuadrado de Barthel con MNA

Elaborado por: Michelle Altamirano y Helen Encalada

Según resultados rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.

MNA		YESAVAGE	
Conteo			
% total	DEPRESION	NORMAL	Total
% columna			
% filas			
ESTADO	4	0	4
NUTRICIONAL	6,15	0	6,15
NORMAL	7,02	0	
	100	0	
	31	8	39
MALNUTRICION	47,69	12,31	60
	54,39	100	
	79,49	20,51	
RIESGO DE	22	0	22
MAL	33,85	0	33,85
NUTRICION	38,6	0	
	100	0	
Total	57	8	65
	87,69	12,31	

Tabla 6: Tabla Contingencia De Yesavage Por MNA.

Elaborado por: Michelle Altamirano y Helen Encalada

ANÁLISIS

Al comparar el MNA con Test de Yesavage encontramos que las personas que tienen depresión (47,6%) tienen mal nutrición muy seguido del riesgo de mal nutrición con un (33,8%). Ambas variables se relacionan por su dependencia.

Prueba		Ji cuadrado	Prob > Ji cuadrado
Razón de verosimilitud	de	8,912	0,0116*
Pearson		6,082	0,0478*

Tabla 6.1: Tabla de Ji cuadrado de Yesavage con MNA

Elaborado por: Michelle Altamirano y Helen Encalada

Según resultados rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.

MNA		IMC			
Conteo					
% total	DÉFICIT	NORMAL	OBESIDAD	SOBREPESO	Total
% columna	DE PESO				
% filas					
ESTADO	0	2	0	2	4
NUTRICIONAL	0	3,08	0	3,08	6,15
NORMAL	0	8,7	0	28,57	
	0	50	0	50	
	23	12	2	2	39
MALNUTRICIÓN	35,38	18,46	3,08	3,08	60
	69,7	52,17	100	28,57	
	58,97	30,77	5,13	5,13	
	10	9	0	3	22
RIESGO DE MAL	15,38	13,85	0	4,62	33,85
NUTRICIÓN	30,3	39,13	0	42,86	
	45,45	40,91	0	13,64	
Total	33	23	2	7	65
	50,77	35,38	3,08	10,77	

Tabla 7: Tabla De Contingencia De Mna Por Imc

Elaborado por: Michelle Altamirano y Helen Encalada

ANÁLISIS

Al comparar el estado nutricional con la Evaluación Mini Nutrition Assessment encontramos que el 35,38% en un mayor porcentaje se relaciona con malnutrición de acuerdo al déficit de peso del IMC, seguido de un 15,38% que representa un riesgo de malnutrición relacionado al déficit de peso según el IMC. Si bien es cierto el IMC es un mal indicador de estado nutricional pero al comparar con la evaluación/test del Mini Nutricional Assessment se observa que hay dependencia entre ambas variables (MNA – IMC).

Prueba		Ji cuadrado	Prob > Ji cuadrado
Razón de verosimilitud	de	11,953	0,0630
Pearson		11,706	0,0688

Tabla 7.1: Tabla de Ji cuadrado MNA con IMC

Elaborado por: Michelle Altamirano y Helen Encalada

Según resultados aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas. Esto significa que existe más de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población y lo consideramos suficiente para aceptar.

9. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional que tienen los adultos mayores mediante recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo y medidas antropométricas, el estudio tuvo una población total de n=105 adultos mayores, lo cual la muestra de la población investigada fue de n=65 siendo la mayoría (n=58%) mujeres, y el resto varones con un (n=42%) entre las edades de 65 a 90 años representando los criterios de inclusión.

El estado nutricional en los adultos mayores correspondiente al cuestionario realizado del Mini Nutritional Assessment obtuvo como resultado un 60% de malnutrición en la población, deteriorando su calidad de vida; por ende es necesario una intervención nutricional integral.

El test de Barthel fue utilizado para determinar el nivel de funcionalidad en los adultos mayores, la población presentó dependencia severa en su mayoría (29%); es decir necesitaban ayuda y control para realizar todas sus actividades diarias.

La depresión en los adultos mayores, prevaleció en un 88%, mientras que el 12% se encuentra en un estado normal, como consecuencia del abandono por parte de sus familiares.

Se puede concluir que el estado de dependencia y mental se relaciona con la malnutrición en los adultos mayores. Uno de los principales problemas fue la falta de un correcto plan alimenticio y disponibilidad del mismo, ya que la institución recibe donaciones que no aporta los requerimientos calóricos recomendados; por lo tanto, la institución carece de dietas específicas para cada tipo de patología que el adulto mayor presenta.

La falta de personal capacitado en la institución fue un grave problema ya que existe dependencia severa en los adultos mayores lo que conlleva a la necesidad de un control total en sus actividades diarias como: vestirse, comer, aseo personal, movilización en el interior, subir y bajar escaleras, etc.

Teniendo en cuenta el personal para el área de recreación que realicen distintas actividades con el objetivo de mejorar el grado de depresión en los adultos mayores.

10. RECOMENDACIONES

Al finalizar nuestra investigación se recomienda lo siguiente:

- Se debe contratar más personal capacitado para las labores diarias de los adultos mayores eso incluye un/una Nutricionista como parte del equipo médico.
- Se debe llevar un control de peso mensual en cada Adulto Mayor para evitar un deterioro en el estado nutricional.
- Se debe llevar un plan nutricional adecuado a base de una dieta enriquecida.
- Se recomienda que el personal del servicio de alimentación de la institución se base en la guía alimentaria para la correcta elaboración y distribución de los alimentos.
- Realizar evaluaciones nutricionales de manera mensual, esto incluye exámenes bioquímicos para controlar las patologías relacionadas a la alimentación.
- Realizar actividades ocupacionales diariamente para que puedan invertir su tiempo en ello y no llegar a una depresión severa.

11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

“Guía Nutricional en Adultos Mayores”

11.1 JUSTIFICACIÓN

Este plan está elaborado para suplir las necesidades de información por parte del personal de alimentación de la institución, lo cual se encontró en la investigación que hay una incorrecta ingesta diaria de calorías que no cumple con los requerimientos necesarios y las porciones inadecuadas. También incluye recomendaciones dependiendo de la patología base, alimentos que pueden ser donados y con bajo costo monetario y la forma de cocción de los alimentos, tomando en cuenta lo observado en el Asilo. Por estas razones se ve necesario la elaboración de una guía alimentaria para adultos mayores, ya que con esta información ellos tienen una base para hacer cambios en la alimentación mejorando el estado nutricional de los adultos mayores.

12. GLOSARIO

Alimento: Cualquier cosa que, cuando entra al cuerpo sirve para nutrir, construir y reparar los tejidos, suministrar energía o regular los procesos del organismo.

Aminoácidos: Unidad estructural fundamental de las proteínas.

Calidad de vida: Definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad.

Composición corporal: Es la composición porcentual representativa de un adulto humano divididos en cuatro compartimentos separados: masa corporal magra, líquido extracelular, minerales del esqueleto y tejido adiposo. Este varía según la edad, sexo y nutrición.

Depresión: Un estado emocional anormal caracterizado por una reacción excesiva, irreal e inadecuada a sucesos o conflictos internos.

Dieta balanceada: Es aquella que contiene todos los nutrientes requeridos en la proporción adecuada para una nutrición óptima.

Disfagia: Dificultad para deglutir.

Enfermedades nutricionales: Los efectos nutricionales de las enfermedades se consideran colectivamente como factores secundarios o factores condicionantes de la nutrición insuficiente.

Envejecimiento: Teóricamente es un proceso continuo de crecimiento y desarrollo, este se desarrolla de diferente velocidad en distintas personas, ciertas funciones fisiológicas muestran una disminución gradual con la edad; entre esas se encuentran el índice metabólico basal, el gasto cardiaco, el flujo sanguíneo renal, capacidad pulmonar y la función inmunitaria.

Estado nutricional: Resulta del consumo y utilización de los nutrientes en el organismo.

Estreñimiento: Evacuaciones poco frecuentes o difíciles; retención de las heces en el colon más allá del periodo normal de vaciamiento.

Factor de riesgo: Cualquier componente que tiende a producir un resultado no deseable, la estructura del factor puede haberse identificado o no.

Malnutrición: Se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria macro y micro nutrientes que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo.

Nutrientes: Cualquier sustancia química que el organismo necesita para una o varias de las siguientes funciones: proporcionar calor o energía, construir y reparar tejidos y regular los procesos vitales.

Pérdida de peso: Se debe usualmente a aumento del gasto energético, disminución de la ingesta de energía o ambos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvaro Enríquez Rodríguez. (2015). Índice de Barthel. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v29n2/v29n2a02.pdf>
2. American Dietetic Association. (s/f). La Buena Alimentación para Adultos Mayores. Recuperado a partir de [http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/about%20us/what%20is%20an%20rdn%20and%20dtr/la_buena_alimentacion_para_adultos_mayores.ashx](http://www.eatrightpro.org/~/media/eatrightpro%20files/about%20us/what%20is%20an%20rdn%20and%20dtr/la_buena_alimentacion_para_adultos_mayores.ashx)
3. Amorim Sena Pereira, M. L., de Almeida Moreira, P., Cunha de Oliveira, C., Carneiro Roriz, A. K., Teresópolis Reis Amaral, M., Lima Mello, A., & Barbosa Ramos, L. (2014). Nutritional status of institutionalized elderly Brazilians: a study with the Mini Nutritional Assessment. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1198–1204. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8070>
4. Ana Lucia Contreras, Gualber, A., Romaní, D., & Tejada, G. (2013). Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3ao1.pdf>
5. Araya, A. (2012). Calidad de vida en la vejez. Recuperado a partir de http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf
6. Asamblea Constituyente. (2011). Constitución del Ecuador. Recuperado a partir de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolillo.pdf
7. Bernal Orozco. (s/f). La nutrición del anciano como un problema de salud pública. Recuperado a partir de <http://www.didac.ehu.es/antropo/16/16-6/BernalOrozco.pdf>
8. Burgos Peláez Rosa. (2013). Desnutrición y enfermedad, 6. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309228933002.pdf>
9. Cevallos, M. (2013). Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de Conocoto, período 2011-2012 y sus efectos en la calidad de vida. Recuperado a partir de

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1408/1/T-UCE-0013-TS25.pdf>

10. Christian Rucu. (2011). Alcance de la Investigación. Recuperado a partir de http://zeus.inf.ucv.cl/~rsoto/cursos/DII711/Cap4_DII711.pdf
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (s/f). Demografía del envejecimiento (p. 28). Recuperado a partir de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/vejez/cap1.pdf>
12. CONSUMER EROSKI. (s/f). Recuperado el 22 de junio de 2017, a partir de <http://trabajoyalimentacion.consumer.es/personas-de-mas-de-60-anos/caracteristicas-fisiologicas-del-envejecimiento>
13. Departamento de Nutrición de Madrid. (2013). Modelos estandarizados de encuestas dietéticas. Recuperado a partir de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-08-17-encuestas-dieteticas-modelos.pdf>
14. Dr. Gil Gregorio, Dr. Ramos Primitivo, Dr. Cuesta Federico, Dra. Mañas Ma Carmen, Dr. Cuellas Alvaro, & Dra. Carmona Inmaculada. (2013). Nutrición en el anciano.
15. Dr. Primitivo Ramos Cordero. (s/f). Factores de Riesgo nutricional en el adulto mayor. Recuperado a partir de <file:///C:/Users/Mini%20Hp/Downloads/Factores%20de%20riesgo%20nutricional%20en%20mayores%20institucionalizados-1.pdf>
16. Dra. Budinich, M. (s/f). Bases de la medicina clínica, Nutrición en el anciano. Recuperado a partir de http://www.basesmedicina.cl/geriatria/07_nutricion_anciano/geria_nutricion_anciano.pdf
17. Encuesta de salud y bienestar del envejecimiento. (2016). Recuperado a partir de <https://repository.javeriana.edu.co:8443/bitstream/handle/10554/21281/CastroDavidMonicaPaola2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. ESTADO NUTRICIONAL DE ANCIANOS CON DETERIORO COGNITIVO. (2013, marzo 15). Recuperado a partir de http://infad.eu/RevistaINFAD/2013/n1/volumen2/INFAD_010225_297-310.pdf
19. FAO. (s/f). Glosario de términos. Recuperado a partir de

- <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>
20. Fernando Guzmán. (2012). Historia Clínica médica. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
 21. Gobierno de Chile SERNAC. (octubre). Nutrición y cuidados del Adulto mayor. Recuperado a partir de <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>
 22. González, A. (2011). Control Nutricional (CONUT). Recuperado a partir de <https://controlnutricional.wordpress.com/2011/03/04/el-mini-nutritional-assessment-mna/>
 23. Instituto Mexicano de seguridad Social. (s/f). Guía de adultos mayores y nutrición. Recuperado a partir de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_nutricion.pdf
 24. Malnutrición. (2012). En *Tratado de Geriátría*. Recuperado a partir de [file:///C:/Users/Mini%20Hp/Downloads/S35-05%2022_II%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Mini%20Hp/Downloads/S35-05%2022_II%20(4).pdf)
 25. Maseda, A., Diego-Diez, C., Lorenzo-López, L., López-López, R., Regueiro-Folgueira, L., & Millán-Calenti, J. C. (2017). Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: The VERISAÚDE study. *Clinical Nutrition*. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.04.009>
 26. MIES. (2012, 2013). Agenda de igualdad para adultos mayores. Recuperado a partir de http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS1.pdf
 27. Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR. Recuperado a partir de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%ABblica.pdf>
 28. Morillo, K. (2014). "INFLUENCIA DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTO GERIATRICO DEL HE-1 'LA

- ESPERANZA' DE LAS F.F.A.A.” Recuperado a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7523/8.29.001748.pdf?sequence=4>
- 29.MSP. (2014). Guía de alimentación para el adulto mayor. Recuperado a partir de https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p346_g_dgps_uan_GUIA_ALIMENTARIA_PARA_EL_ADULTO_MAYOR_1.pdf
- 30.MSP. (2016). Ministerios del Frente Social firman convenio en beneficio del adulto mayor – Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 23 de junio de 2017, a partir de <http://www.salud.gob.ec/ministerios-del-frente-social-firman-convenio-en-beneficio-del-adulto-mayor/>
- 31.Nubia Amparo Giraldo Giraldo. (2017). Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia: Un estudio transversal. Recuperado a partir de <http://maxconn.renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/288>
- 32.Nubia Franco Álvarez. (2010). Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: Análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México, 7.
- 33.OMS. (2015). Recuperado el 22 de junio de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- 34.OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento. (s/f). Recuperado el 23 de junio de 2017, a partir de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- 35.Organización Mundial de la Salud. (s/f). OMS | Introducción envejecimiento. Recuperado el 23 de junio de 2017, a partir de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- 36.Pérez Cruz, E., Sánchez, L., Cecilia, D., Esteves, M., & Rosario, M. del. (2014). Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 901–906. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7228>
- 37.Piniagua, I. (2015). Enfermedades frecuentes en el AM Dependiente Problemas y patologías más frecuentes en la Senectud. Recuperado a partir de

- <http://190.104.117.163/a2015/Agosto/cuida/contenido/ponencias/Ignacio%20Paniagua/Enfermedades%20frecuentes%20en%20el%20adulto%20mayor.pdf>
38. RENAM. (s/f). Reunión nacional de alimentación del adulto mayor. Recuperado a partir de <http://www.fagran.org.ar/descarga/2RENAAM-docFinal1611yAnexos.pdf>
39. Roberto Hernández Sampieri. (2015). Metodología de la Investigación (5ta ed.). Recuperado a partir de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
40. Secretaria Nacional y Planificación del Desarrollo. (2017, junio 23). Plan Nacional 2013 - 2017. Recuperado el 23 de junio de 2017, a partir de <http://www.buenvivir.gob.ec/inicio>
41. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. (2016). Consejos para una buena nutrición en el adulto mayor – Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. Recuperado el 23 de junio de 2017, a partir de <http://www.socgeriatria.cl/site/?p=367>
42. Subsecretaria de Prevención de Enfermedades. (2015). Guía de Alimentación Saludable. Recuperado a partir de <http://www.piaschile.cl/wp-content/uploads/2015/04/Gu%C3%ADa-de-Alimentaci%C3%B3n-Saludable.pdf>
43. Tania García Zenón. (2012). Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. 57-64, 28, 8.
44. Trinidad Rodríguez. (2013). Nutrición Hospitalaria. Encuestas alimentarias. Recuperado a partir de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/4035.pdf>
45. UNICEF. (s/f). Glosario de términos sobre desnutrición. Recuperado a partir de https://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf
46. Wendy, JDahl. (2011, mayo). Malnutrición y los adultos mayores. Recuperado a partir de <https://edis.ifas.ufl.edu/pdf/files/FS/FS18000.pdf>
47. Wham, C., Fraser, E., Buhs-Catterall, J., Watkin, R., Gammon, C., & Allen, J. (2017). Malnutrition risk of older people across district health board community, hospital and residential care settings in New

Zealand. *Australasian Journal on Ageing.*
<https://doi.org/10.1111/ajag.12410>

ANEXOS

Anexo 1. Historia Clínica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIONAL

Fecha:

Nombres:		Apellidos:	
Teléfono:		Ocupación:	
Sexo:		Edad:	

DATOS CLÍNICOS

Antecedentes patológicos personales:

.....

Antecedentes patológicos familiares:

.....

Antecedentes patológicos quirúrgicos:

.....

DATOS BIOQUÍMICOS RELEVANTES

Glucosa	Nitrógeno	Creatinina	Albúmina	Col. total	Col. HDL
Col. LDL	Triglicéridos	Sodio	Potasio	Hemoglobina	Hematocrito

Otros:.....

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Talla		Peso actual		Peso habitual		Peso ideal	
cm	m	lb	kg	lb	kg	lb	kg

Peso que ganó		Peso que perdió		Tiempo	% de pérdida de peso
lb	kg	lb	kg		Interpretación

Circunferencia braquial	Circunferencia de pantorrilla	tricep	Perímetro de cintura
cm	cm		Interpretación

Complexión corporal	% de grasa corporal	Masa grasa	Masa grasa libre
Interpretación	Interpretación	kg	kg

Diagnóstico:

DATOS NUTRICIONALES

Problemas digestivos:

Síntomas:

Tipo de masticación:

Alergias alimentarias:

Suplementos:

Medicamento:

Anexo 2. Recordatorio de 24h

RECORDATORIO DE 24 HORAS			
HORA	TIEMPO DE COMIDA/PREPARACIÓN	ALIMENTOS	MEDIDA CASERA
	<i>DESAYUNO :</i>		
	<i>COLACIÓN :</i>		
	<i>ALMUERZO :</i>		
	<i>COLACIÓN::</i>		
	<i>MERIENDA :</i>		

Anexo 3. Frecuencia de Consumo

FRECUENCIA DE CONSUMO				
GRUPO	1-2 VECES/ día	3-4 veces/día	5 o más/día	Ninguno
LÁCTEOS				
VERDURAS				
FRUTAS				
CEREALES Y DERIVADOS				
CARNES				
AZÚCAR				

Anexo 4. Test de Yesavage

Nombre

Unidad/Centro

Fecha

No Historia

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted que darse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estúpido estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL - V5		
PUNTUACIÓN TOTAL - V15		

Anexo 5. Test de Barthel

INDICE DE BARTHEL		
Comida:		
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)		
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido		
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo		
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición		
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción		
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...).	
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete		
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)		
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación		
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
Subir y bajar escaleras		
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.
		Puntuación Total:

Anexo 6. Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



Apellidos: _____ Nombre: _____

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

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

<p>Cribaje</p> <p>A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltado apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual <input type="checkbox"/></p> <p>B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/></p> <p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio <input type="checkbox"/></p> <p>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/></p> <p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p> <p>F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (altura en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación del cribaje (súmate máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición</p> <p>Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R</p> <p>Evaluación</p> <p>G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no <input type="checkbox"/></p> <p>H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p> <p>I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p>	<p>J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consume el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <p>0,0 = 0 o 1 siles 0,5 = 2 siles 1,0 = 3 siles <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/></p> <p>M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0,0 = menos de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/></p> <p>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0,0 = peor 0,5 = no lo sabe 1,0 = igual 2,0 = mejor <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación (máx. 16 puntos) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Cribaje <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación global (máx. 30 puntos) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación del estado nutricional</p> <p>De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23,5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición</p>
--	--

Ref: Velaz S, Inlata H, Abellán G, et al. Overview of the MNA® - its history and Challenges. J Nutr Health Aging 2008; 10: 456-466.
Haberstein LZ, Hader JD, Sains A, Dugga V, Velaz S. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice - Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
Dugga V. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) (Review of the Literature - What does it tell us?). Nutr Health Aging 2006; 10: 438-463.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, (Suisse), TdZemsek, Österreich.
© Nestlé, 1994. Revisión 2006. N67202 12/06 1/11M
Para más información: www.mna.nestle.com

Anexo 7. Cronograma de Actividades

	Semana 1	Actividad	Semana 2	Actividad	Semana 3	Actividad
Día/Hora	Martes 9am:11:30a m (15)	Toma de datos	Martes 9am:11:30a m (15)	Toma de datos y observación del almuerzo.	Martes 9am:11:30 am (5)	Toma de datos
	Miércoles 9am:11:30a m (15)	Toma de datos	Miércoles 9am:11:30a m (15)	Toma de datos y observación del almuerzo		

Anexo 8. Registros Fotográficos de las actividades realizadas





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Encalada Robles Helen Carolina** con C.C: # **0302955984** y **Altamirano Rodas Michelle Stephanie** con C.C: # **0920814332** autoras del trabajo de titulación: **Factores de riesgo asociados a la malnutrición en adultos mayores entre 65 y 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil en el periodo mayo-septiembre del 2017**, previo a la obtención del título de **Licenciatura de Nutrición, Dietética y Estética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 13 de Septiembre del 2017

Encalada Robles, Helen Carolina Altamirano Rodas Michelle Stephanie

C.I. 0302955984

C.I. 0920814332



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores de riesgo asociados a malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil durante el periodo Mayo-Septiembre del 2017		
AUTOR(ES)	Michelle Stephanie Altamirano Rodas y Helen Carolina Encalada Robles		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Carlos Julio Moncayo Valencia		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Nutrición, Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciatura en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de Septiembre del 2017	No. PÁGINAS:	90
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición Geriátrica		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	ENVEJECIMIENTO; ADULTOS MAYORES; MALNUTRICIÓN; DEPRESIÓN; VALORACIÓN NUTRICIONAL.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El proceso de envejecimiento provoca diferentes alteraciones en el adulto mayor, que condicionan su deterioro funcional y nutricional como consecuencia un déficit de macro y micronutrientes. El presente estudio realizado, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la malnutrición en adultos mayores entre 65 a 90 años institucionalizados en el Hogar San José de Guayaquil. MÉTODOS: Este estudio se realizó con una metodología con enfoque cuantitativo, alcance correlacional y observacional de corte transversal prospectivo. Se utilizó instrumentos como: ficha clínica, Mini Assessment Nutrition, test de Yesavage, test de Barthel, Frecuencia de consumo y recordatorio de 24 horas. La muestra fue de (n=65) adultos mayores. RESULTADOS: se obtuvo que la población según el MNA presentó malnutrición en un n=60%, estado nutrición normal n=6%. El resultado de Barthel fue de n=29% dependencia severa y un n=8% independencia. En el test de Yesavage el 88% presentó depresión y un menor porcentaje n=12% estado normal. En la encuesta realizada del recordatorio de 24, la población presentó un déficit de calorías, carbohidratos y proteínas, y un exceso de grasa.</p> <p>CONCLUSIONES: La mayor parte de la población presenta desnutrición, dependencia severa y depresión; afectando su estado nutricional.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	+593-82250337 +593-88418342	hellencalada@gmail.com msar_951114@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Dr. Ludwig Álvarez Teléfono: +593-99963278 drludwigalvarez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			