

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN NUTRICIÓN HUMANA

CONDUCTAS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS RELACIONADOS AL ESTADO
NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR SANTA
CATALINA LABOURE, SEPTIEMBRE 2016

Autora:

Andrea Elizabeth López Campos

Quito, mayo del 2017

Resumen

Se planteó un estudio con enfoque observacional-descriptivo y transversal en el que participaron 55 adultos mayores de ambos sexos, siendo estos el universo del estudio, con la finalidad de relacionar las conductas y hábitos alimentarios con el estado nutricional. Las herramientas utilizadas fueron: antropometría directa, el MNA (Mini Nutritional Assessment), frecuencia de consumo, observación directa de la ingesta habitual por tiempos de comida e ítems de la escala de Blandford.

Los hábitos alimentarios encontrados son los siguientes: el 89% de personas ingieren 3 comidas al día, el 11% restante ingiere 2 comidas diarias y presentan un bajo consumo de frutas y verduras; la causa principal es por costumbre o por patologías asociadas. A pesar de que no se encontró relación de las conductas alimentarias con el estado nutricional se identificó que se encuentran relacionadas con las patologías de los adultos mayores. Se determinó que en la mayor parte de la población el 52% presenta problemas de sobrepeso y obesidad. Según la encuesta del MNA se encontró que el 67% de la población presentan riesgo de malnutrición mientras que el 18% ya presenta malnutrición; el 21% de mujeres y el 12% de hombres presenta malnutrición; mientras que el 63% de las mujeres y el 76% de hombres presentan riesgo de malnutrición. Se determinó que la ingesta calórica habitual se encuentra relacionada con el estado nutricional, al tener una ingesta calórica insuficiente (<1600kcal) los adultos mayores presentan bajo peso. Un fenómeno similar ocurre en personas que presentan una ingesta calórica excesiva (>2000kcal) que presentan sobrepeso y obesidad.

Abstract

We posed a study with a descriptive-observational and cross cutting approach where 55 senior citizens of both sexes participated, becoming the universe of the study. This study aimed to relate eating conducts and behaviors with their nutritional standing. The tools used were: direct anthropometrics, MINA, Mini Nutritional Assessment), consumption frequency, direct observation of habitual food intake by food times and items in the Blandford scale.

The following are the eating habits found: 89% of people ingest three meals a day and the remaining 11% 2 meals a day and have a low intake of fruits and vegetables. The primary causes are customary and associated pathologies. Despite no relationship between the feeding conducts and the nutritional standing were found, it was possible to identify that they are related to the pathologies of senior citizens. It was also determined that in most part of the population a 52% presents overweight and obesity problems. Taking into account the MNA survey, a 67% of the population presents a malnutrition risk whereas an 18% already show malnutrition; 21% of women and 12% of men suffer from malnutrition; 63% of women and 76% of men present a malnutrition risk. It was determined that the regular caloric intake is related to the nutritional state. Since they have an insufficient caloric intake (<1600kcal), senior citizens have low weight, A similar phenomenon occurs in people with an excessive caloric intake (>2000kcal) who present overweight an obesity.

Dedicatoria

“Nunca perder de vista la meta”

Quiero dedicar este estudio a mis padres los pioneros de que pueda llegar hasta este punto de mi vida, mi madre mi fiel amiga que toda la vida sin importar circunstancias siempre estuvo a mi lado apoyándome y dándome aliento para seguir adelante.

A mi abuelita que este logró también se lo debo a ella gracias a sus sabios consejos y enseñarme a tomar las decisiones correctas.

A mis viejitos del centro del adulto mayor Santa Catalina Labouré que sin la ayuda de ellos nada de esto hubiera podido ser posible, y gracias por generar inspiración en mí para realizar este estudio que espero pueda ayudarles.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por darme la capacidad, fortaleza y todos los medios para poder cumplir mis sueños.

Agradezco a mis padres por todo su amor, paciencia y apoyo incondicional durante toda mi carrera profesional.

Agradezco a mis tutores de tesis, mi directora de disertación Paula Veliz por el tiempo prestado y paciencia para guiarme en el desarrollo de la investigación.

Agradezco a mis lectores Carlos Rueda y Pablo López por sus acertadas sugerencias y compromiso para guiarme en el camino de la investigación.

También al centro del adulto mayor por abrirme las puertas para realizar esta investigación.

Índice de Contenidos

CAPITULO I.....	12
Planteamiento del problema	12
Justificación.....	14
Objetivos.....	17
General.....	17
Específicos.....	17
Metodología.....	17
CAPITULO II.....	21
Marco Teórico	21
Generalidades del envejecimiento	21
Teorías del Envejecimiento	23
Influencia de la dieta en el proceso de envejecimiento	24
Cambios Fisiológicos en Adultos Mayores	24
Órgano de los sentidos.....	25
Aparato digestivo.....	26
Sistema cardiovascular	26
Sistema musculo esquelético	26
Cambios metabólicos.....	27
Sistema nervioso.....	27
Cambios Psicológicos.....	27
Cambios Sociales y Psicológicos	28
Necesidades Nutricionales.....	28
Energía.....	28
Proteínas	29
Hidratos de Carbono.....	29
Grasa.....	29
Fibra Dietética	29
Trastornos de la Conducta Alimentaria	30
Conductas Alimentarias.....	30
Hábitos Alimentarios.....	31
Métodos para evaluar el estado nutricional en adultos mayores	31
Historia Dietética.....	31
Determinaciones clínicas y antropométricas	31
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS ADULTOS MAYORES	32
<i>Encuestas de validación para identificar factores de riesgo nutricional (Mini Nutritional Assessment, MNA)</i>	32

<i>Test de Blandford (Escala aversive feeding behaviors inventory de blandford.) ..</i>	32
CAPITULO III	33
Resultados.....	34
Discusión	47
Conclusiones.....	52
Recomendaciones	53
ANEXOS	54
Lista de referencias	58

Índice de Figuras

Figura 1 . Distribución porcentual por sexo de la población perteneciente al Hogar del Adulto Mayor Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	34
Figura 2 Distribución porcentual de la edad del Hogar del Adulto Mayor Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	35
Figura 3 Distribución de la población según estado nutricional (IMC) de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016.....	36
Figura 4 Distribución porcentual del estado nutricional (IMC) dividido por sexo de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré.....	37
Figura 5 Identificación del riesgo nutricional según el MNA de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	38
Figura 6 Distribución del riesgo nutricional por sexo de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	39
Figura 7 Relación de la ingesta calórica frente al estado nutricional (IMC) de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	40
Figura 8 Relación entre la ingesta calórica con el riesgo nutricional de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016.....	41
Figura 9 Relación entre el estado nutricional y conductas alimentarias de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016.....	41
Figura 10 Distribución porcentual del número de comidas ingeridas diariamente por los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	42
Figura 11 Distribución porcentual del consumo habitual de lácteos en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016.....	43
Figura 12 Frecuencia de consumo de leche, yogurt y queso de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	43
Figura 13 Frecuencia de consumo de huevo, carnes y vísceras en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	44
Figura 14 Frecuencia de consumo de frutas, leguminosas y verduras en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016.....	45
Figura 15 Frecuencia de consumo de cereales y tubérculos en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	45
Figura 16 Frecuencia de consumo de grasas y aceites en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016	46

Figura 17 Frecuencia de consumo de dulces y suplementos en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016 47

Índice de Anexos

Anexo 1. Encuesta Mini Nutritional Assessment.....	54
Anexo 2 Frecuencia de Consumo.....	55
Anexo 3 Matriz ingesta calórica por porciones.....	56
Anexo 4 Escala de Blandford.....	57
Anexo 5 Autorización levantamiento de información.....	57

Introducción

El envejecimiento se encuentra asociado con una serie de cambios progresivos como es el deterioro biológico y problemas de salud en aumento, que son el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales, en los que se encuentran inmiscuidos estilos de vida a lo largo de la vida, hábitos alimentarios, actividad física y enfermedades presentes (Albala, 2015).

Por los motivos expuestos es que la nutrición juega un papel terriblemente importante en el envejecimiento, a través de los cambios en diferentes órganos y funciones del organismo (Albala, 2015). En este grupo poblacional se observan trastornos de malnutrición por exceso o defecto, en la ingesta o absorción de nutrientes con relación a los requerimientos. El riesgo nutricional y presencia de la desnutrición es complejo e individualizado, los factores principales asociados son hábitos alimenticios, causas funcionales, patológicas, problemas neurológicos o del metabolismo, causas sociales o psicológicas (Vaca, Ancizu, Moya, Rodríguez, & Pascual, 2015).

Ecuador es un país en fase de transición demográfica, estudios realizados demuestran que los adultos/as mayores en años anteriores representaban el 7% de la población total y para el año 2050 representarán el 18% de la población (INEC, 2010).

Según la encuesta SABE Ecuador (2009-2011) el 2,7% de la población adulta presenta bajo peso y el 59% presenta sobrepeso u obesidad. El 45% de la población geriátrica en los últimos años presenta una disminución de apetito por ende de la ingesta alimentaria.

Es necesario en este grupo de alta vulnerabilidad identificar el riesgo nutricional presente mediante evaluación del estado nutricional y la observación de las conductas, los hábitos e ingesta calórica habitual de los adultos mayores.

La valoración y detección de la desnutrición o problemas de malnutrición son indispensables en los centros residenciales para las personas mayores (Vaca, y otros, 2015). El objetivo es detectar tempranamente estados de déficit nutricional o exceso nutricional para poder implementar un plan de intervención necesario para el tratamiento (Contreras, y otros, 2013). Los datos más predominantes en el estudio actual es la presencia de sobrepeso y obesidad pese a ser implementado en grupo de adultos mayores institucionalizados, las causas más relacionadas con el estado nutricional encontradas fueron la ingesta habitual, hábitos alimentarios y en mayor proporción las conductas alimentarias.

CAPITULO I

Planteamiento del problema

Generalmente los trastornos de conducta alimentaria de los adultos mayores se desarrollan en la adolescencia, sin embargo una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que están presentes en la edad avanzada, colaboran a la malnutrición, aumentando el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria (Prieto, 2011) .

La población adulta mayor presenta un alto riesgo de desarrollar enfermedades nutricionales a causa de que en el proceso de envejecimiento, existe una variedad de cambios fisiológicos, bioquímicos, biológicos y psicológicos, que alteran la actividad física del adulto mayor y sus hábitos y conductas alimentarias (Ritchie & Yukawa, 2015). Los procesos metabólicos, fisiológicos y bioquímicos a medida en que avanza la edad van presentando cambios y suelen tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del anciano; entre los factores de mayor importancia están: la pérdida de

gusto, olfato, pérdida de piezas dentarias, mal absorción de nutrientes, disminución del tamaño del hígado y pérdida de la función hepática (Ritchie & Yukawa, 2015). La alimentación en esta etapa de la vida es de suma importancia, es un factor preventivo de enfermedades crónicas (Ritchie & Yukawa, 2015).

Entre los factores preventivos que pueden ayudar a frenar el proceso como el control de la obesidad, del tabaquismo, los malos hábitos alimenticios y la inactividad física (Vitela, 2013). Los adultos mayores con mala nutrición presentan entre el 10 y 20 por ciento más riesgo de caídas y fracturas, también aumenta el riesgo de discapacidad física y mala calidad de vida del adulto mayor (Vitela, 2013).

Existen comportamientos alimentarios que no permiten una buena condición nutricional en el adulto mayor, esto es fruto de los años y la influencia de sus ancestros, factores culturales, sociales y geográficos arraigados a décadas los cuales son difíciles de modificar. (Álvarez Hernández y col., 2010). Además que se encuentran relacionados con los cambios propios de la edad como los problemas de masticación, cambios metabólicos, situación económica y problemas familiares muy relacionados en el estado nutricional del adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud(OMS) definió a la población adulta mayor como uno de los grupos nutricionalmente vulnerables, entre el 5% y 10% de ancianos que viven en comunidad presentan desnutrición, entre el 30% y 60% de los hospitalizados en unidades de cuidado intensivos o que se encuentren en asilos (Arango, Cardona, & López, 2012, pág. 587).

La malnutrición se encuentra asociada a tasas altas de mortalidad, a disminución de la resistencia de infecciones, agravamiento de enfermedades, retardo en cicatrización de heridas (Fernandez, 2010). Un estudio poblacional encontró que los fallecimientos por deficiencias nutricionales se presenta en adultos mayores con formación escolar

primaria y únicamente el 0,1% obtuvieron un nivel educativo profesional (Arango, Cardona, & López, 2012, pág. 587). También se produce la pérdida de peso y cuando estas son superiores al 10% en un período de tiempo de 4 a 6 meses están estrechamente relacionados con un deterioro de las funciones orgánicas y cuando existen pérdidas superiores al 40% del peso corporal, surge la muerte (Fernandez, 2010, pág. 582).

En ancianos enfermos, pobres y que presentan acceso limitado a servicio de salud el riesgo nutricional aumenta (Alva, 2011). La incidencia de desnutrición que abarcan del 12.0% al 50.0%; entre ancianos hospitalizados y del 23.0% al 60.0% en ancianos que viven en condiciones de institucionalización, también se encuentran asociados la presencia de úlceras, caídas, anemia, déficit cognitivo y las infecciones (Alva, 2011).

La prevalencia de desnutrición entre los adultos mayores institucionalizados es alta al igual que en adultos mayores con las funciones cognitivas alteradas, el resultado podría estar relacionado a las conductas y hábitos alimentarios alterados por esta razón se distingue la necesidad de evaluar a esta población de alta vulnerabilidad. Así se podrán establecer las conductas de mayor prevalencia entre los adultos mayores institucionalizados, con los datos obtenidos se podrá tomar medidas preventivas y correctivas, colaborando a un estado nutricional óptimo y brindando a una mejor calidad de vida.

El correcto sostenimiento del estado nutricional es de mucha importancia, puesto que un mal estado nutricional aumenta la susceptibilidad de agresiones como el aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares, vulnerabilidad a infecciones, el deterioro de la capacidad funcional y disminución de la capacidad de respuesta y de recuperación.

Justificación

El envejecimiento de la población mundial representa una parte proporcionalmente mayor al total de toda la población, en Europa y América del Norte se encuentra una cantidad elevada de población adulta mayor. El número de personas mayores de 60 años se ha duplicado entre 1994 y el 2014, lo que significa que este grupo poblacional superan en número al de los menores de 5 años (ONU, 2014).

Según la (OMS) entre los años 2000 y 2050 la población de adultos mayores presentara un aumento de 11% al 22%, aumentara de 605 millones a 2000 millones en un promedio de medio siglo. Para que estas cifras de adultos mayores en aumento sean saludables y beneficiosas para la sociedad deben estar tratadas y educadas desde etapas tempranas o así mismo mantener hábitos de vida saludable; como alimentación adecuada, actividad física y control en el consumo de alcohol y tabaco.

Ecuador es un país en fase de transición demográfica, demuestra que los adultos/as mayores al 2012 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. El envejecimiento es uno de los fenómenos de mayor impacto, ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad por ende el aumento de los índices de enfermedades crónicas, aumentando la mortalidad (INEC, 2010).

Según la encuesta SABE (2009-2011) el 2,7% de la población adulta presenta bajo peso y el 59% presenta sobrepeso u obesidad. El 45% de la población geriátrica en los últimos años presenta una disminución de apetito por ende de la ingesta alimentaria.

Es de suma importancia tener una vigilancia y determinar los comportamientos y estado nutricional del adulto mayor con el fin de aplicar medidas correctivas ya que estudios indican la presencia de algún grado de mal nutrición se encuentran en ancianos que viven en residencias equivalente al 59% (Alba & Mantilla, 2014).

Los adultos mayores conforman un grupo de alta vulnerabilidad nutricional porque se sus funciones físicas, fisiológicas y psicológicas se encuentran disminuidas, se

reduce la capacidad de autosuficiencia que se ve afectado en un parámetro de gran importancia que es la alimentación del adulto mayor causando alteraciones en el estado de salud de los ancianos (Prieto, 2011).

Por ello es necesario determinar las conductas alimentarias que se desarrollan en esta etapa de la vida y presentan influencia en el estado nutricional del adulto mayor, para de esta manera evaluar el estado fisiológico, es decir el funcionamiento de órganos de los sentidos y los sistemas que se encuentren afectados y que interfieran con la adecuada nutrición en el adulto mayor (Prieto, 2011) .

Los cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que aparecen en edad avanzada colaboran a la malnutrición, aumentando el riesgo de desarrollar los trastornos de conducta alimentaria. La presencia de depresión también constituye un factor importante para el inicio de trastornos de la conducta alimentaria (Prieto, 2011).

En Ecuador existe la presencia de 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la sierra del país, seguido de la costa, la mayoría del género femenino (INEC, 2011). A causa de este número de adultos mayores se ve la necesidad de emplear medidas nutricionales adecuadas para que presenten menor riesgo de enfermedades asociadas, ya que los adultos mayores es una población significativa.

En el hogar del adulto mayor Santa Catalina Laboure, una vez obtenidos los datos y analizados se podrán tomar medidas correctivas o preventivas en lo que respecta al hogar de ancianos brindando una mejor calidad alimenticia en el resto de sus vidas.

Realizar este estudio presenta beneficios a futuro, una vez conocidos los comportamientos más frecuentes en los adultos mayores relacionados con el estado nutricional, se podrá tomar medidas correctivas para reducir la incidencia de mal nutrición que afecte a los adultos mayores. Según el factor más influyente se podrá buscar la aplicación de diversos tipos de dietas que se acoplen a las necesidades de las

personas geriátricas para poder tener un buen aporte nutricional y no caer en problemas de malnutrición.

Para que un adulto mayor obtenga hábitos saludables es necesario brindar una educación nutricional poniendo más énfasis en corregir falsas creencias y malos hábitos, se debe informar acerca de las mejores elecciones alimenticias y en las mejores condiciones posibles, el momento de la comida debe ser un momento agradable evitando la rutina y prohibición de ciertos alimentos, tomar en cuenta la preferencias alimentarias y aprovechar los minerales y vitaminas de cada momento de alimentación en el día (Martín, Crespo, Prieto, & Chacón, 2015).

Objetivos

General

Analizar la relación de las conductas y hábitos alimentarios con el estado nutricional en adultos mayores de 60 a 100 años del Hogar Santa Catalina Labouré.

Específicos

- Identificar el riesgo nutricional de las personas adultas mayores de acuerdo al sexo.
- Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores que residen en el hogar del adulto mayor.
- Describir las conductas, hábitos e ingesta calórica regular de los adultos mayores.

Metodología

El estudio se planteó con un enfoque observacional – descriptivo y transversal, se tomó en cuenta cuales son los hábitos y las conductas más frecuentes del Hogar del Adulto Mayor, ya que según García, López, & Jiménez (2014), este tipo de estudios

son observacionales en el presente y describen un fenómeno en el mismo tiempo, el estudio tiene como objetivo principal describir y observar con exactitud el evento y la relación entre las variables, absteniéndose de intervenir, para analizar y describir los datos recolectados. Es un estudio descriptivo porque identifica casos, tales como estado nutricional, hábitos, conductas; estima la frecuencia y examina las tendencias de la población de acuerdo a estadística descriptiva e inferencial según las variables. Al ser un estudio observacional no existe intervención por parte del investigador. También es un estudio transversal ya que mide el evento en un tiempo determinado, el objetivo principal es conocer todos los casos de mal nutrición en el momento de la investigación sin importar tiempo de aparición del problema nutricional.

Se trabajó con el universo de los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y se encuentren alojados en el hogar del adulto mayor Santa Catalina Labouré. La población perteneciente al estudio fue el universo, del cual no participaron 5 personas; 2 no pertenecían al grupo de edad requerido y una persona no se tenía datos disponibles porque se podía comunicar de ninguna manera. El universo fue de 60 personas, de las que solo se trabajó con 55 que cumplieron con los criterios de inclusión. Una vez aprobada la autorización para la toma de datos por parte de la directora de la institución. (Anexo 5) Según la FAO (2009), en estudios se puede utilizar el universo siempre y cuando los criterios de inclusión y de exclusión estén claramente especificados o existe una población real.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que asistan al centro geriátrico.
- Adultos mayores con alimentación mediante vía oral.
- Adultos mayores de 60 a 100 años de edad.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que se alimenten de forma enteral y parenteral.

Fuentes

Primarias

Información obtenida por el paciente o los cuidadores mediante cuestionarios y observación directa.

Técnicas, instrumentos y materiales

Se aplicó el Mini Nutritional Assessment (MNA) que consta de 18 preguntas; considerando antropometría (IMC, circunferencia braquial y de pantorrilla, pérdida de peso); evaluación global incluye (auto valencia, enfermedades agudas, problemas psiquiátricos); parámetros alimentarios (consta la frecuencia de consumo de lácteos, leguminosas, verduras, frutas, huevo, carnes, ingesta de líquidos y presencia o ausencia de apetito); otro dato evaluado es la salud mental es decir la percepción del estado de salud. Una puntuación entre 24 a 30 puntos indica que el paciente no presenta riesgo nutricional. Una puntuación entre 17-23,5 identifica a los pacientes con riesgo de malnutrición; 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. Una puntuación menor de 17 puntos califica al paciente que como malnutrición (Urteaga, Ramos, & Atalah, 2001).

Después de aplicar el MNA se procedió a la toma de medidas antropométricas para lo que se tomó el peso ubicando al adulto mayor de pie sobre la báscula marca SECA 874 y se tomó el peso en kg, otro parámetro tomado en cuenta fue la talla, la cual fue obtenida mediante estimación(cm), se midió la altura talón rodilla con la pierna flexionada en 90 grados, usualmente la técnica se realiza con un caliper de rodilla o cinta métrica, en donde el comienzo del instrumento es colocada por debajo del talón y la otra por encima de la pantorrilla encima de los cóndilos de las rodillas, se aplicó en la

ecuación desarrollada por Chumlea (Chumlea, Roche, & Steinbaugh, 1985). Las medidas antropométricas se registran en la base de datos.

Se utilizó una frecuencia de consumo que se basa en evaluar la ingesta de alimentos y su periodicidad (Ferrari, 2013). Es un método utilizado en el área de la Nutrición, útil en estudios de tipo descriptivos y cuya principal fortaleza es que en estudios poblacionales permite obtener tasas de “no respuesta” bajas. Según Ferrari, (2013) este cuestionario se encuentra validado en diversos estudios como lo menciona. (Anexo 2)

Para evaluar la ingesta calórica habitual se tomó en cuenta un plato modelo donde se estimaron las porciones en medida casera y gramaje, para determinar la ingesta calórica de cada adulto mayor se tomó en cuenta el sobrante, según eso se determinó la cantidad de comida y de kcal ingeridas. Para esto realizó observación directa de la ingesta de los adultos mayores. Para esta actividad se utilizó una hoja de apoyo donde se anotaron las porciones que ingieren las personas adultas mayores. (Anexo 4)

Para la evaluación de las conductas alimentarias, se realizó una adaptación de la escala de Blandford consolidadas en 5 preguntas ya que contribuían a una mejor evaluación y mayor rapidez, esta recopilación de las preguntas de la escala en 5 preguntas reúnen comportamientos frente a la comida; al presentar una pregunta positiva, la significancia es que si presenta conductas inadecuadas. (Anexo 4)

Una vez registrados todos los datos se realizaron las tabulaciones utilizando el programa Excel y SPSS. Se utilizó estadística descriptiva y cruce de variables.

CAPITULO II.

Marco Teórico

Generalidades del envejecimiento

El envejecimiento según García, Gonzáles, & Gutiérrez (2012), se define como “el incremento porcentual del grupo de población en edades avanzadas respecto al total de población”. En el envejecimiento existe la pérdida de capacidad y autonomía, condiciones de salud, presentando patologías múltiples que desencadenan una serie de anomalías causantes de fragilidad, incapacidad funcional y dependencia de terceros (García, Gonzáles, & Gutiérrez, 2012).

Existen dos tipos de envejecimiento; el primero es el patológico producido por enfermedades físicas y mentales que impiden llevar una vida normal, necesitando ayuda institucionalizada y profesional (Jimenez, Ortiz, & Soto, 2011). El otro envejecimiento es el exitoso, es el proceso en el que se encuentran optimizadas las oportunidades de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida, está estrechamente relacionado con la calidad de vida (Jimenez, Ortiz, & Soto, 2011, pág. 23). Se ha incrementado la expectativa de vida al nacer lo demuestra un estudio realizado, el incremento es de 60,5 a 75,5 años en hombres y de 66,8 a 81,5 años en mujeres, presentando un deterioro en la salud física, mental y el aumento de enfermedades crónicas, son factores que limitan al adulto mayor a tener un estilo de vida independiente y saludable, la esperanza de vida ha ido aumentando y no ha sido acompañada con discapacidad en la mayoría de los casos (Albala, Sánchez, Lera, Angel, & Cea, 2011, pág. 1278).

El envejecimiento visto desde el lado biológico es un proceso degenerativo que afecta a todos los seres vivos, se presenta una disminución de las células, deterioro de órganos y tejidos que van disminuyendo su funcionalidad y deterioro del propio

organismo (Jimenez, Ortiz, & Soto, 2011, pág. 25). La prevalencia de enfermedades crónicas está ligada al proceso de envejecimiento, a las conductas de riesgo y poco saludables que desencadenan en enfermedades cardiovasculares, cáncer, EPOC, diabetes, etc, estas se han convertido en las principales causas de muerte. Además de los modos de vida no saludables, pobres hábitos alimentarios y la actividad física (García, González, & Gutiérrez, 2012). La funcionalidad de los adultos mayores va a disminuir, se ve afectada la capacidad para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio, a causa de interacciones de factores biológicos, psicológicos y sociales (Ávila & Álvarez, 2012).

En esta etapa de la vida es de mucha importancia mantener una nutrición adecuada y balanceada según las necesidades. La capacidad funcional y la alimentación adecuada, presentan un frágil desequilibrio que pueden modificar la desnutrición y provocar discapacidades o síndrome geriátrico (Martín, Crespo, Prieto, & Chacón, 2015, pág. 64). La malnutrición es frecuente en esta etapa a causa de factores fisiológicos, que disminuyen el consumo de alimentos, estudios epidemiológicos demuestran que la dieta y factores de vida tienen influencia en la aparición de enfermedades crónicas aproximadamente el 33 y 50% de los problemas de salud están relacionados con la alimentación (Martín, Crespo, Prieto, & Chacón, 2015).

Factores nutricionales como la desnutrición puede presentarse por varios motivos como; escasa ingesta de comida, ingesta de alimentos con bajo poder nutritivo, y falla del organismo en cuanto absorción de nutrientes (Martín, Crespo, Prieto, & Chacón, 2015). Entre las principales causas de la desnutrición están las modificaciones propias de la edad que influyen en el apetito; los cambios sensoriales, problemas de masticación, cambios en la composición corporal, en el aparato gastrointestinal y metabólico, alteraciones neurológicas, disminución de la actividad física,

discapacidades entre otras afecciones en la anatomía humana (Martín, Crespo, Prieto, & Chacón, 2015). Otra de las causas son los fármacos que tienen efecto de modificar los requerimientos nutricionales, los factores sociales como el aislamiento, soledad, pobreza y entre los factores psicológicos se encuentran el alcoholismo, demencias, depresión, ansiedad y creencias. Los factores socioeconómicos como el abandono laboral y la incapacidad para adaptarse a nuevos hábitos (Martín, Crespo, Prieto, & Chacón, 2015).

Otro factor nutricional presente en la vejez es la obesidad que de igual forma es perjudicial para la salud, entre las principales causas esta la inactividad física, disminución de hormonas de crecimiento y testosterona relacionadas con la pérdida de masa muscular y aumento de la grasa corporal (Martín, Crespo, Prieto, & Chacón, 2015).

El área de nutrición proporciona alternativas alimenticias que permiten vivir a los ancianos con las enfermedades presentes sin afectar la calidad de vida, se establece una rutina de alimentación balanceada con la finalidad de disminuir la sarcopenia y otras patologías (Ternent, Colmenares, & Elvira, 2012).

Una gran cantidad de ancianos presentan dificultades para tener ingresos económicos dignos que les permita tener una adecuada alimentación concorde a sus necesidades (San, Cendón, & Rodríguez, 2012, pág. 2117) . Dentro de los derechos humanos la alimentación y nutrición de los adultos mayores se hacen efectivas mediante la vinculación de sistema normativo y político, en la formulación de políticas se debe brindar programas de calidad, pertinencia, oportunidad que permita llegar a todo tipo de población, familias de diferentes estratos socioeconómicos, territorios rurales y urbanos y niveles educativos (Bejarano, Guzmán, & Montaña, 2014, pág. 78).

Teorías del Envejecimiento

El envejecimiento afecta a todas las especies, en cada uno ocurre a un ritmo determinado, por lo que se puede conocer la evolución y la expectativa máxima de vida no se encuentra modificada, las especies presentan mecanismos comunes y generalmente las poblaciones femeninas tienden a vivir más que las masculinas (López & Artacho, 2010).

Existen varias tendencias que sirven para agrupar las teorías del envejecimiento entre ellas están las que consideran que se producen daños de las diferentes moléculas biológicas al azar o también consideran como un proceso controlado y programado genéticamente. Se dividen en 3 grupo; teorías basadas en mecanismos moleculares, basadas en mecanismos celulares y las que están basadas en los sistemas orgánicos (López & Artacho, 2010).

Influencia de la dieta en el proceso de envejecimiento

Los estudios realizados los últimos años con relación a la alimentación en Okinawa indican que aunque la restricción calórica no es tan efectiva como en los animales que aumenta la longevidad, en los humanos puede ser un factor protector frente a la obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión, aterosclerosis y ciertos tipos de cáncer (López & Artacho, 2010, pág. 325). Resultados obtenidos en el proyecto HALE (*Healthy Ageing: Longitudinal Study in Europe*) indican que la adherencia a la dieta mediterránea, consumo moderado de alcohol, ausencia de tabaco y actividad física moderada o alto se encuentran asociados a bajos índices de mortalidad de origen cardiovascular y por cáncer (López & Artacho, 2010, pág. 325).

Cambios Fisiológicos en Adultos Mayores

En el envejecimiento existe la pérdida progresiva de tejidos y cambios en los sistemas corporales, existe una menor capacidad de adaptación y mayor susceptibilidad a situaciones de estrés físico y psíquico (López & Artacho, 2010, pág. 326) .

Órgano de los sentidos

La pérdida sensorial repercute en la elección de los alimentos, en la pérdida del placer por comer y en el estado nutricional. La disminución de la agudeza visual ocasionan dificultades para leer fecha de caducidad o etiquetado nutricional para poder apreciar las características de buen o mal estado higiénico del alimento (López & Artacho, 2010). El acto de comer involucra a las papilas gustativas y nervios olfatorios (Krinke U. B., 2010, pág. 461). Los factores asociados a la pérdida de gusto y olfato son las enfermedades y los medicamentos, tres de cada cuatro adultos pierden olfato por alguna vez en la vida a causa de influenza, gripe y alergias (Krinke U. B., 2010).

La sensibilidad gustativa disminuye por la disminución de botones gustativos por papila, como también el número de papilas de la lengua y de las terminaciones gustativas los efectos son la disminución de la sensibilidad para poder distinguir los sabores. En cuanto a la pérdida del olfato más del 60% de adultos mayores de 65 a 80 años y el 80% de mayores de 80 años presentan pérdidas de olfato (López & Artacho, 2010). La xerostomía es causado por la atrofia de glándulas salivales, disminución de secreción de la saliva entre otras causas, originan la dificultad en la lubricación, masticación, degustación e ingestión de alimentos, produciendo ulceraciones y aumento de infecciones. Estas alteraciones conjuntamente con el deterioro bucal y dental influyen en la eliminación de algunos alimentos de la dieta (López & Artacho, 2010, pág. 326).

La masticación y deglución depende de la salud bucal y el funcionamiento en conjunto de: secreciones intestinales, dientes y quijada, músculos, lengua, papilas gustativas y nervios olfatorios. Los malos hábitos alimentarios son un factor de riesgo que contribuye a la pérdida de piezas dentales y caries e influye en la correcta alimentación del adulto mayor (Krinke U. B., 2010).

Aparato digestivo

Se producen procesos digestivos lentos, secreciones disminuidas y menor peristaltismo que repercuten en la absorción de vitaminas y oligoelementos (López & Artacho, 2010).

Existe un retraso del vaciamiento gástrico a causa de la disminución de presión de los esfínteres esofágicos primordialmente de los líquidos y grasas que pueden estar relacionados con el aumento de la sensación de saciedad. La gastritis tiene repercusión en el estado nutricional del adulto mayor existe una menor absorción de vitamina B12, ácido fólico y de hierro. La baja motilidad intestinal, poco consumo de fibra y agua, falta de ejercicio y acción de ciertos fármacos son responsables de la presencia de estreñimiento en adultos mayores (López & Artacho, 2010).

Sistema cardiovascular

Los cambios que ocurren en este sistema son la hipertrofia cardíaca, disminución de contractilidad del miocardio, pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos que contribuye a la prevalencia de hipertensión arterial. La disminución de la lipasa produce un aumento de los niveles de triglicéridos plasmáticos (López & Artacho, 2010).

Sistema musculo esquelético

Existe pérdidas de proteínas, fibras musculares y contenido mineral óseo, la disminución de la elastina puede provocar trastornos como sarcopenia, osteoporosis senil y problemas articulares (López & Artacho, 2010, pág. 328).

Cambios metabólicos

Se produce un aumento de glucosa en ayuno cerca de 1mg/dl por década a causa de la alteración del metabolismo, también existe dificultad para la captación de la insulina en tejidos periféricos y una disminución del número de receptores de insulina. El 16% de ancianos presentan diabetes mellitus tipo II, esta patología acelera el proceso de envejecimiento produciendo cataratas, arterioesclerosis, modificaciones cutáneas, etc. Se reduce la capacidad de movilización y metabolismo de lípidos aumentando la concentración en sangre, en tejido adiposo distintos órganos (López & Artacho, 2010, pág. 328).

Sistema nervioso

Se presentan modificaciones en la función motora, en el proceso del sueño, procesos cognitivos y de conducta a causa de los cambios en el sistema nervioso del contexto neural y alteraciones de la función sináptica (López & Artacho, 2010).

Cambios Psicológicos

Los cambios cognitivos y de conducta están relacionados con los cambios fisiológicos y las experiencias vitales. El principal trastorno psicológico es la depresión presentando mayor prevalencia en mujeres con factores de riesgo como la edad, cantidad de enfermedades crónicas, cantidad de medicamentos, apoyo familiar. La depresión se relaciona con un mal estado nutricional debido a la pérdida de interés por la comida (López & Artacho, 2010).

Otro factor psicológico es la demencia conlleva la pérdida de la memoria y funciones intelectuales, presentan una disminución en el peso corporal y problemas de desnutrición a causa de las crisis depresivas, disminución del apetito, rechazo de alimentos, pérdida de memoria que repercute en los horarios de las comidas (López & Artacho, 2010).

Cambios Sociales y Psicológicos

Las pérdidas afectivas repercuten en estado psicológico, el cambio de ser un sujeto activo a ser un sujeto pasivo que necesita cuidados. Se debe diferenciar a los adultos mayores que viven solos frente a los que viven con sus familias para determinar la influencia de los cambios alimenticios. La soledad, viudez y pobreza provocan un consumo limitado de alimentos y dietas monótonas que afectan directamente al estado nutricional (López & Artacho, 2010).

La capacidad funcional, el que pueda o no pueda salir de compras y pueda preparar los alimentos condiciona, estar deprimido o presentar un deterioro cognitivo condiciona el tipo de alimentación (López & Artacho, 2010).

Necesidades Nutricionales

El estado nutricional tanto como las necesidades calóricas y de nutrientes se ven condicionados por la disminución de los requerimientos fisiológicos, como los cambios presentados en el metabolismo basal y la presencia de enfermedades que alteran el gasto energético. Si se identifica a tiempo un estado de desnutrición se puede evitar el padecimiento de enfermedades relacionadas, ingresos hospitalarios o la aparición de complicaciones (Arango, Cardona, & López, 2012).

El gasto metabólico basal en los adultos mayores representa del 60- 75% del gasto energético total por ende las necesidades en reposo disminuyen, lo que provoca un bajo apetito (Prieto, 2011).

Energía

Las necesidades disminuyen con la edad aproximadamente de 300 a 600 kcal a causa de la disminución de la actividad física. Las necesidades de energía para este grupo son de unas 30 kcal/kg de peso corporal (Amarilla et al., 2010).

Proteínas

Las IR han recomendado 0,8 g de proteína por kg/día, estudios indican que ingesta de 1 g/kg podrían favorecer un mejor balance nitrogenado, estimulando la formación de masa muscular. Es recomendable aumentar la ingesta de proteína en estados hipercatabólicos por enfermedad, infección, cirugía, etc (Amarilla et al., 2010).

Hidratos de Carbono

Los hidratos de carbono deben aportar un 50-60% de la energía total consumida, principalmente a partir de hidratos de carbono complejos que se encuentran mayoritariamente en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas (Amarilla et al., 2010).

Grasa

La grasa de la dieta tiene un importante papel suministrando ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles, una restricción podría reducir considerablemente el consumo de algunos alimentos como carnes, pescados, lácteos o quesos y los nutrientes que éstos aportan (proteína, vitamina D, calcio, hierro, zinc, etc.) (Amarilla et al., 2010).

Fibra Dietética

Se recomienda de 21 a 30 g de fibra dietética por día. Con un consumo alto de fibra es necesario la ingesta de líquidos para que el sistema intestinal tenga una buena adaptación al sustrato bacteriano adicional (Krinke B. , 2010, pág. 468).

Trastornos de la Conducta Alimentaria

El adulto mayor presenta un patrón de conducta alimentaria alterado o una alteración alimentaria crónica, lo cual, unido a un factor desencadenante precipita la aparición de un cuadro completo de anorexia (Prieto, 2011).

La depresión es muy frecuente y especialmente en los mayores de 65 años que viven institucionalizados, donde la comida o el ambiente les resulta desagradable. El cambio desde el entorno familiar puede provocar depresión, pudiendo provocar sobrealimentación o una falta de interés por la comida, presentando negación hacia el alimento o apetencias selectivas que ocasionan una disminución de la ingestión de alimentos, provocando deficiencias nutricionales (Salinas, Nutrición y Alimentación en Personas de Edad Avanzada, 2008).

Conductas Alimentarias

Las conductas alimentarias es un conjunto de acciones de un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica o sociocultural están estrechamente relacionadas a la ingesta de alimentos (Castañeda, 2013).

Las conductas alimentarias y la forma en que el adulto mayor se relaciona con el alimento, deben ser valoradas periódicamente para evitar complicaciones nutricionales (Gómez, 2016).

La alimentación es parte de un evento cotidiano y complejo en el que se involucran procesos sociales, culturales, se establecen prácticas, costumbres y hábitos en torno a la forma de comer, el lugar, la compañía, la hora y el momento en el que se lo realiza (Flores, 2013).

El acto de alimentarse bien trasciende de la necesidad de nutrirse, presenta significados y emociones ligadas a circunstancias y acontecimientos. El acto de comer

se encuentra relacionado a satisfacer gustos, placeres, antojos, nostalgia, alegría, tristeza, convivencia, etc (Flores, 2013).

Hábitos Alimentarios

Los hábitos alimentarios son un conjunto de costumbres que establecen el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación, incluye la manera de seleccionar los alimentos hasta la forma en que se sirven los alimentos.

Métodos para evaluar el estado nutricional en adultos mayores

Historia Dietética

Para la obtención de la historia se pueden aplicar diferentes métodos como el recordatorio de 24 horas, se base en que el paciente recuerde todos los alimentos que comió el día anterior previo a la entrevista. Otro instrumento utilizado es la frecuencia de consumo de alimentos donde consta el consumo de alimentos y bebidas durante 7 días. Otros parámetros a evaluarse puede ser el apetito, número de comidas al día, tipo de dieta, trastornos metabólicos, etc (Gázquez, Pérez, Molero, Mercader, & Barragán, 2015).

Determinaciones clínicas y antropométricas

Va dirigida a la detección de signos de malnutrición, incluye la valoración clínica, funcional, exploración específica de la masticación y de la deglución. Se debe tomar en cuenta pérdidas de piezas dentales, prótesis, xerostomía, presencia de vómitos, alteración del apetito, etc. Los signos clínicos que nos ayudan a detectar deficiencias nutricionales son la piel seca y escamosa y mala cicatrización (Gázquez et al., 2015).

Las medidas antropométricas usadas con mayor frecuencia en los adultos mayores son el peso, altura, pliegues cutáneos, circunferencia del brazo y pantorrilla, índice de masa grasa y magra, pérdida involuntaria de peso es uno de los predictores de peor evolución clínica asociada con morbilidad y mortalidad (Gázquez et al., 2015).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS ADULTOS MAYORES

Encuestas de validación para identificar factores de riesgo nutricional (Mini Nutritional Assessment, MNA)

Es una herramienta diseñada por geriatras de liderazgo internacional, fue diseñada para la evaluación del estado nutricional de los adultos mayores en especial de los que se pueden beneficiar de intervenciones tempranas, es validado en estudios internacionales en múltiples escenarios clínicos. Es un método sencillo de bajo costo y no invasivo. Es una excelente herramienta en ámbitos de investigación clínica, puede dar información adicional acerca de las causas de la desnutrición (Cereda, 2012).

Diseñado para la valoración de la población geriátrica ingresada en hospital de pacientes agudos o en institución geriátrica o de comunidad. Está compuesto por indicadores antropométricos y globales, incluye información sobre patrones de alimentación y autopercepción de la salud como ingesta de alimentos reducida, pérdida de peso, movilidad, estrés psicológico y problemas neuropsicológicos, etc. El MNA analiza 18 ítems en total con una puntuación máxima de 30 puntos. Se ha demostrado que la sensibilidad de esta escala es de 96%, una especificidad del 98% y el valor pronóstico de la desnutrición es del 97% (Turconi, Rossi, Roggi, & Maccarini, 2013).

Test de Blandford (Escala aversive feeding behaviors inventory de blandford.)

Es una herramienta utilizada para la evaluación del comportamiento de los adultos mayores con demencia o no a la hora de la alimentación, lo que permite evaluar la conducta alimentaria a través de una serie de ítems que únicamente requieren de observación por parte del investigador y no requiere la participación del paciente. También tiene como función identificar 5 estadios evolutivos que son: la resistencia a

alimentarse solo, dispraxia o agnosia, comportamiento selectivo, disfagia orofaríngea y disfagia faringoesofágica (Paladino, 2012)

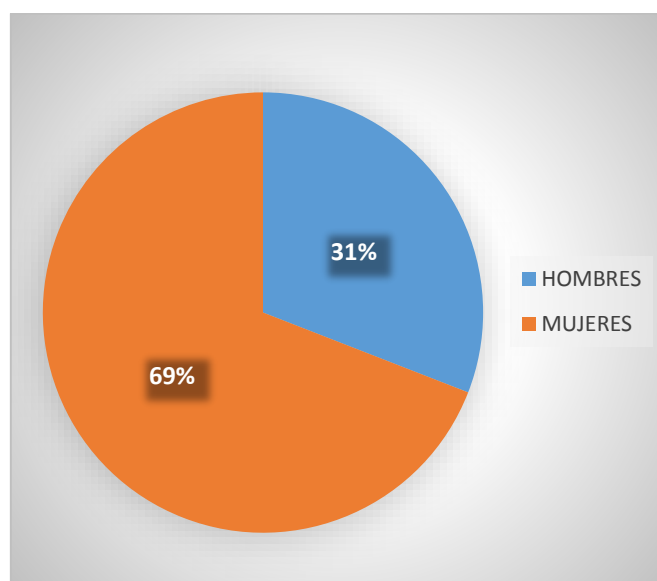
Capítulo III

Resultados

A continuación se presentarán los resultados obtenidos del estudio en los adultos mayores que asisten al Hogar Santa Catalina Labouré, los resultados fueron conseguidos mediante la aplicación del MNA, cálculo de la ingesta calórica que evaluó los hábitos alimenticios al igual que la frecuencia de consumo, para la evaluación de conductas alimentarias se utilizó una encuesta basada en la escala de blandford y para determinar el estado nutricional se aplicó antropometría.

Distribución de la población

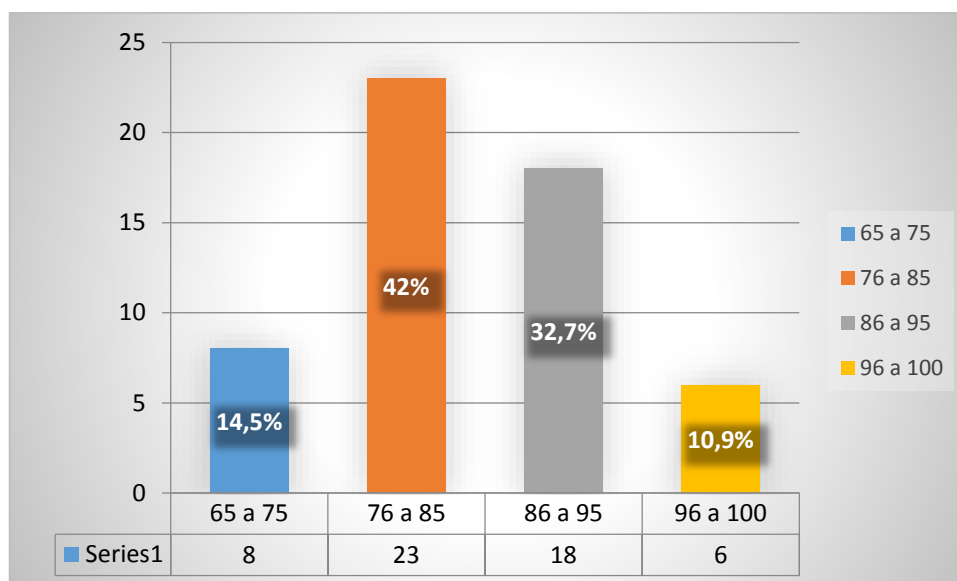
Figura 1 . Distribución porcentual por sexo de la población perteneciente al Hogar del Adulto Mayor Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016



Fuente: Información obtenida de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré
Elaborado por: Elizabeth López

La población final es de 55 personas, el 69% pertenece a mujeres y el 31% a hombres.

Figura 2 Distribución porcentual de la edad del Hogar del Adulto Mayor Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

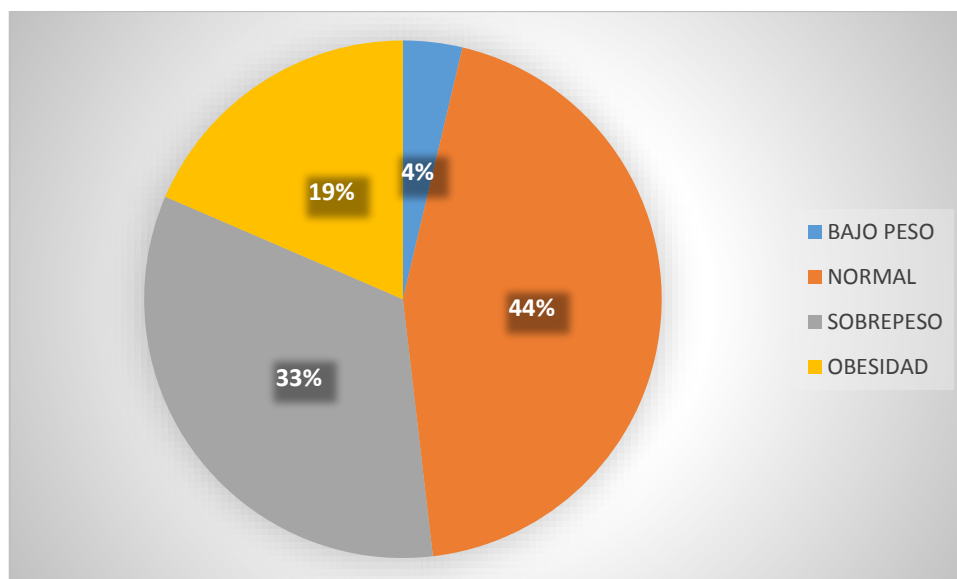


Fuente: Información obtenida de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré
Elaborado por: Elizabeth López

Según la distribución demográfica por grupos de edad se puede observar que la mayor cantidad de los adultos mayores se encuentran en el rango de edad de 76 a 85 años, lo que reafirma a las progresiones de la encuesta SABE (Freire, 2009) se esperaba que dentro del periodo 2015 al 2020 la esperanza de vida alcanzará los 78,1 años de edades, lo que en la actualidad en este grupo poblacional se está cumpliendo ese pronóstico.

La mayor parte de la población se encuentra conformada por mujeres, siguiendo la población de 86 a 95 años de edad lo que representa un 33% de la población, el 14% de 65 a 75 años y el 11% de 96 a 100 años de edad esta población es muy baja ya que son rangos de edad bastante altos.

Figura 3 Distribución de la población según estado nutricional (IMC) de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

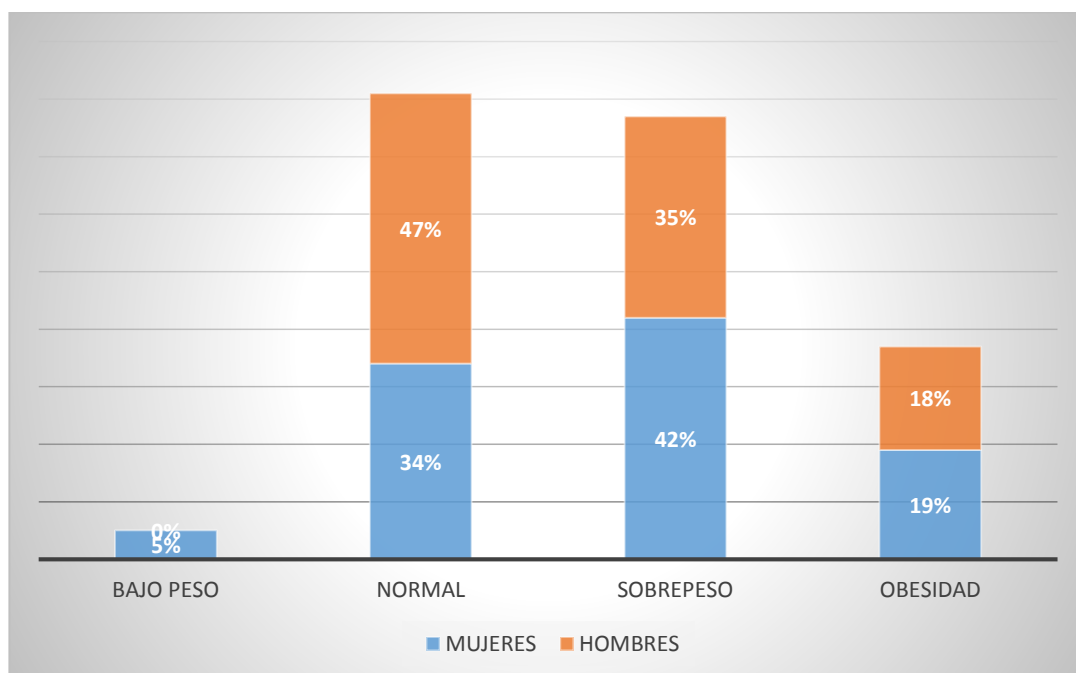


Fuente: Información obtenida mediante aplicación antropométrica a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

Para el análisis del estado nutricional mediante el IMC se utilizaron los parámetros de evaluación de la OMS, presentando así los datos la mayor parte de la población presentan sobrepeso y obesidad como problema nutricional de más prevalencia, una cantidad bastante representativa de la población se encuentra en estado nutricional normal y el problema con menos prevalencia es el bajo peso. Este resultado se semeja en cuenta a la encuesta SABE(2009), únicamente el 2,7 de la población ecuatoriana adulta mayor presenta bajo peso, el 38,3% de la población se encuentra en un estado nutricional normal y entre sobrepeso y obesidad se encuentra el 59% de los AM. Los datos del estudio junto con los de la encuesta nacional ya mencionada están estrechamente relacionados.

Figura 4 Distribución porcentual del estado nutricional (IMC) dividido por sexo de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

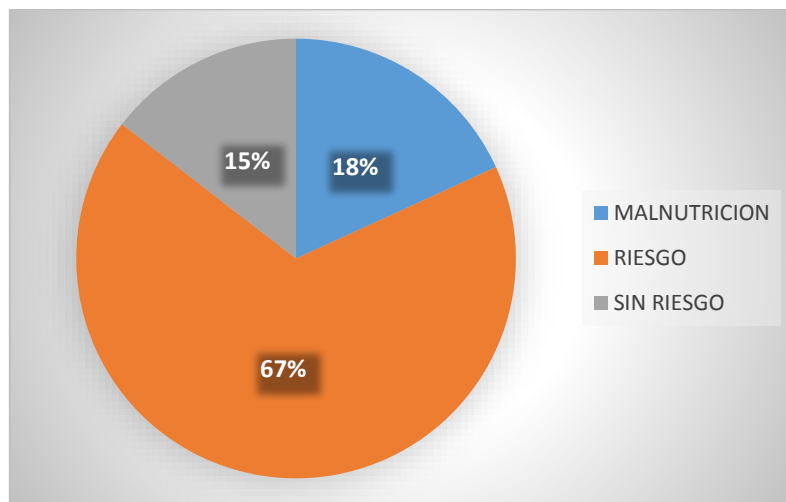


Fuente: Información obtenida mediante aplicación antropométrica a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

Se puede determinar que el problema de mayor importancia en las mujeres es el sobrepeso representando un 42%, en los hombres también es el problema más importante pero presentando un porcentaje menor 35%, en comparación con las mujeres. El problema siguiente en mujeres es la obesidad al igual que los hombres con la diferencia de un punto porcentual, el bajo peso es el de menor prevalencia ya que únicamente se encuentra en el 5% de la población femenina. Un porcentaje representativo tanto de hombres y mujeres presentan un estado nutricional normal.

Figura 5 Identificación del riesgo nutricional según el MNA de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

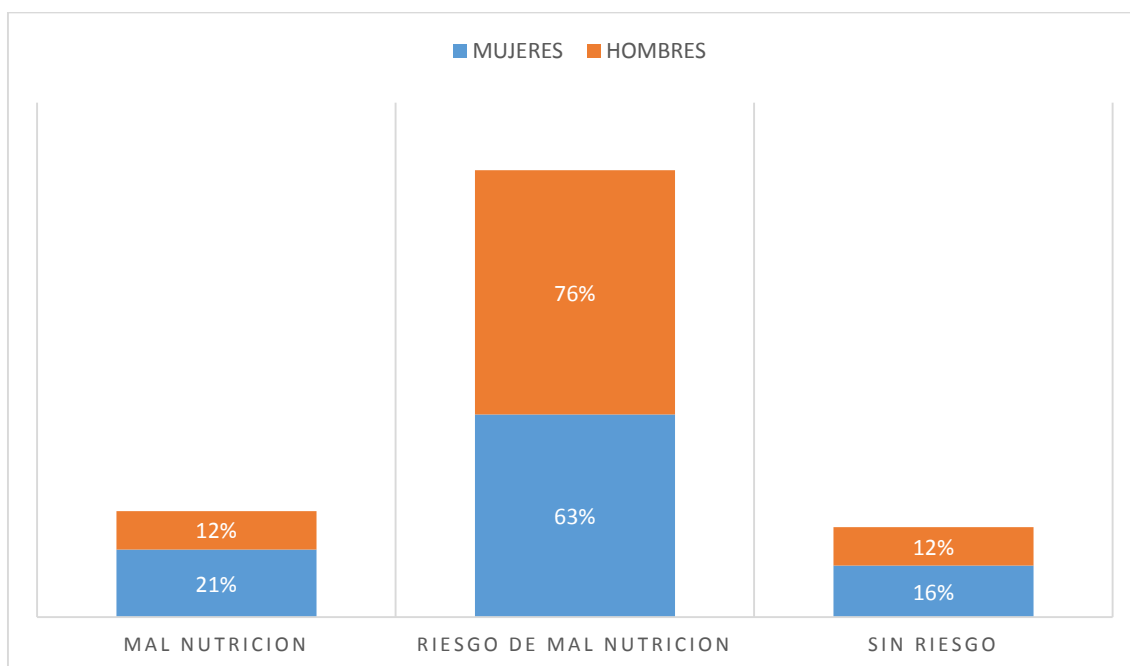


Fuente: Información obtenida de la encuesta del Mini Nutritional Assessment (MNA)

Elaborado por: Elizabeth López

Según el MNA se puede determinar que el 67% de la población presenta riesgo de malnutrición lo que se encuentra asociado con el estado nutricional y a la vez intervienen varios factores que analiza el test, tales como alimentación, pérdida de peso o estado emocional de los adultos mayores, el 18% presenta algún tipo de malnutrición y el 15% de la población se encuentra sin riesgo nutricional, grupo etario que requiere según estos resultados especial atención para mejorar su estado nutricional.

Figura 6 Distribución del riesgo nutricional por sexo de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

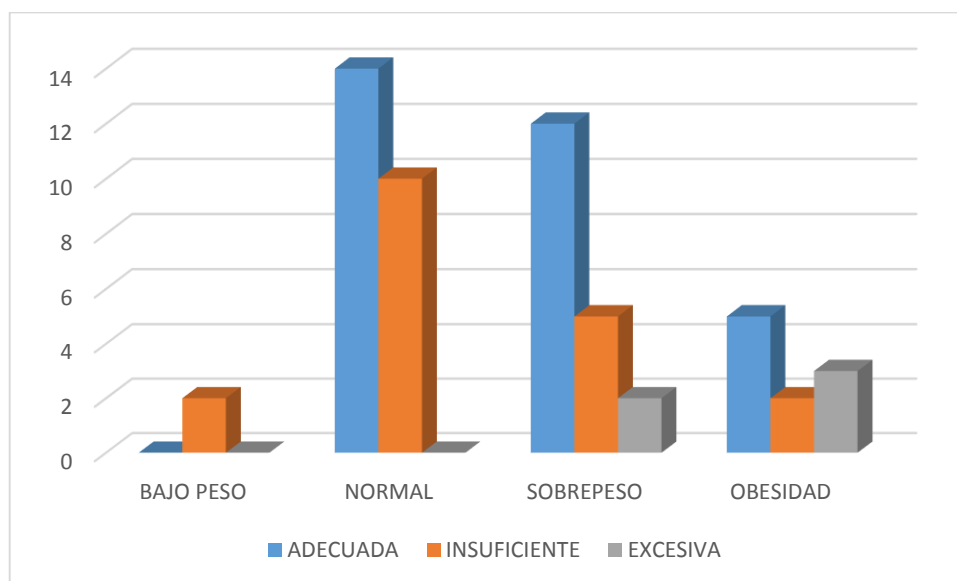


Fuente: Información obtenida de la encuesta del Mini Nutritional Assessment (MNA)

Elaborado por: Elizabeth López

La mayor parte de la población tanto hombres como mujeres presentan riesgo de mal nutrición, en cuanto a mal nutrición existe mayor prevalencia en mujeres 21% y en hombres representa el 12%, las personas sin riesgo nutricional representan el 16% mujeres y 12% hombres.

Figura 7 Relación de la ingesta calórica frente al estado nutricional (IMC) de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

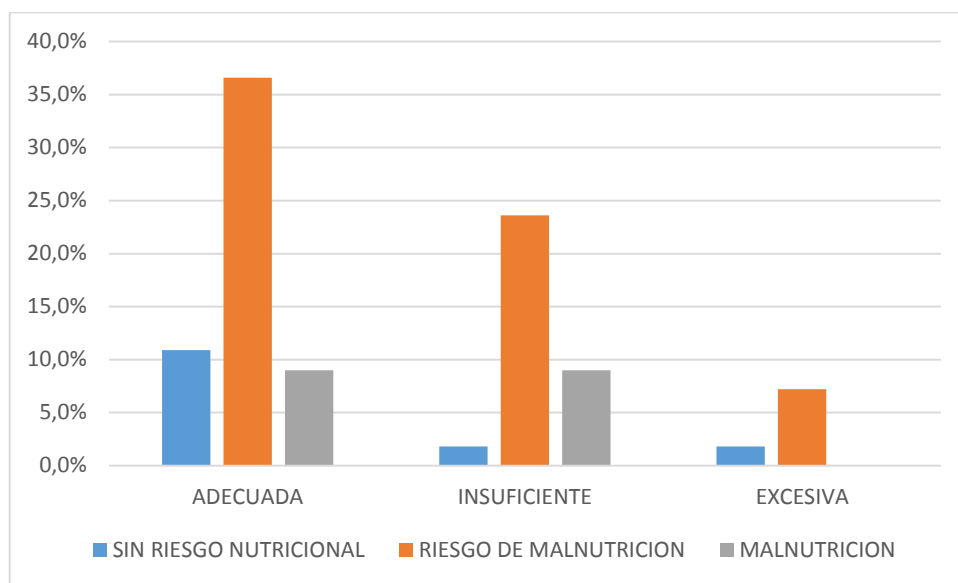


Fuente: información obtenida de datos antropométricos y del cálculo de la ingesta calórica de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

En cuanto a ingesta calórica habitual se puede determinar que un gran porcentaje de la población presenta una alimentación adecuada y por ende presentan un estado nutricional normal, parte de la población que presenta bajo peso presentan una ingesta calórica inadecuada, en cuanto a la población que presenta sobrepeso la mayor parte presenta una ingesta calórica adecuada, un menor porcentaje presenta una ingesta insuficiente y una mínima parte de este grupo presenta una alimentación excesiva, en el grupo de obesidad la mayor parte presenta ingesta adecuada, siguiendo una alimentación excesiva y por ultimo un mínimo porcentaje presenta ingesta insuficiente.

Figura 8 Relación entre la ingesta calórica con el riesgo nutricional de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

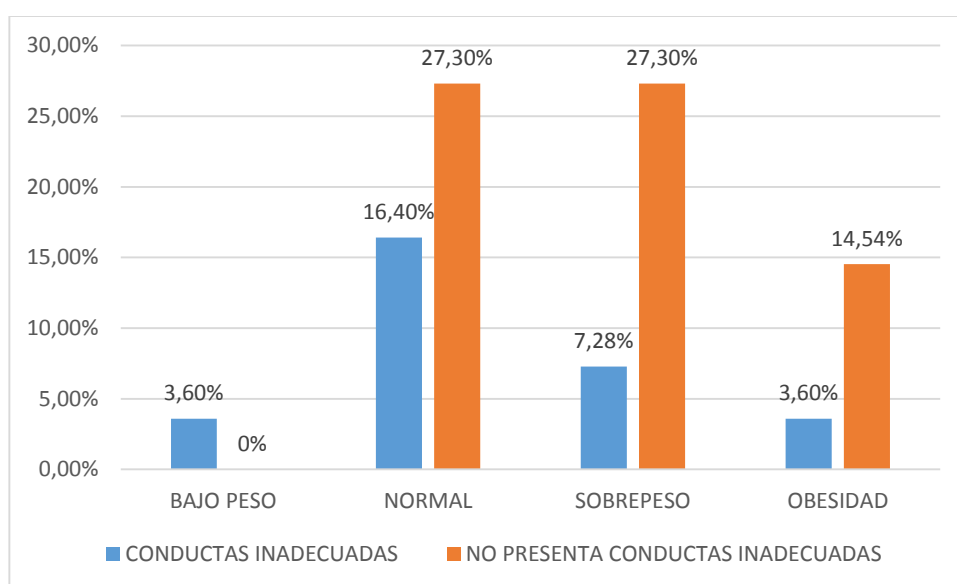


Fuente: Información obtenida a partir del MNA y de la ingesta calórica de los adultos mayores del hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

Se puede observar en el gráfico que toda la población independiente de la ingesta calórica presenta un riesgo de mal nutrición incluso si las personas tienen una dieta adecuada o insuficiente en porcentaje de malnutrición va a ser idéntico.

Figura 9 Relación entre el estado nutricional y conductas alimentarias de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

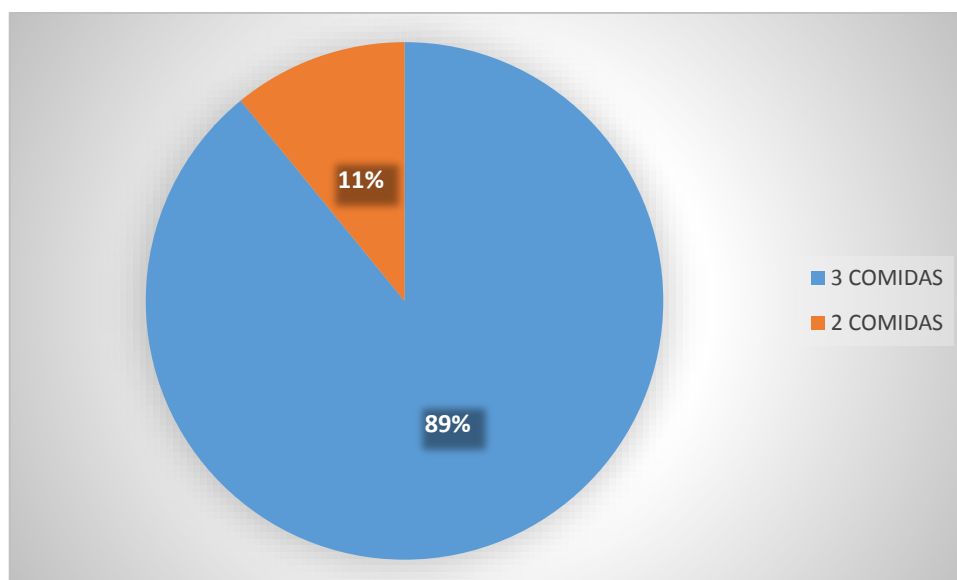


Fuente: Información obtenida a partir de datos antropométricos y de la escala de Blandford aplicada a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

Como se puede observar el gráfico las conductas alimentarias no se encuentran relacionadas el estado nutricional de los adultos mayores; en esta etapa lo que tiene mayor influencia son las condiciones psicológicas, fisiológicas y actividad física son las que determina el estado nutricional.

Figura 10 Distribución porcentual del número de comidas ingeridas diariamente por los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

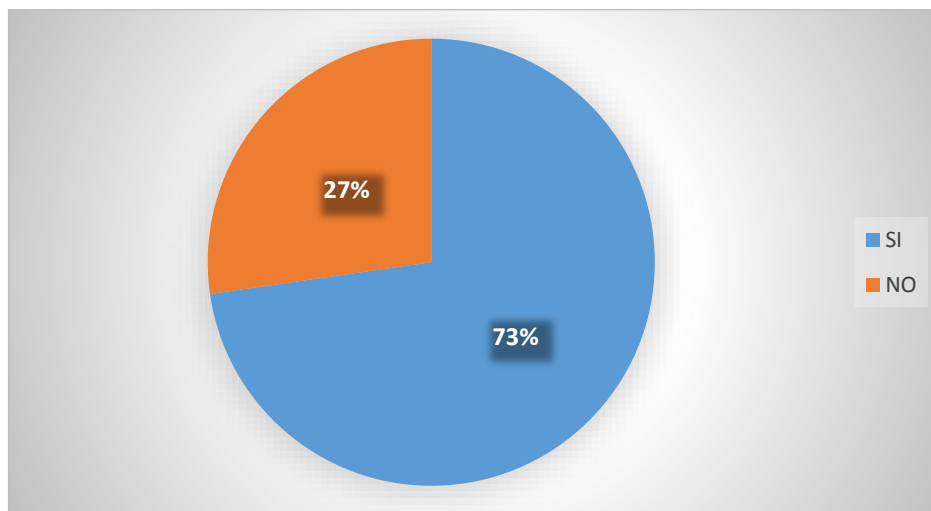


Fuente: Información obtenida del MNA aplicado a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

La mayor parte de la población ingieren 3 comidas durante el día, sin embargo ciertos adultos mayores ingieren únicamente 2 comidas, este hecho se presencia por elección propia de la persona, pese a que en el centro geriátrico tienen las comidas necesarias algunas personas prefieren no comer.

Figura 11 Distribución porcentual del consumo habitual de lácteos en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

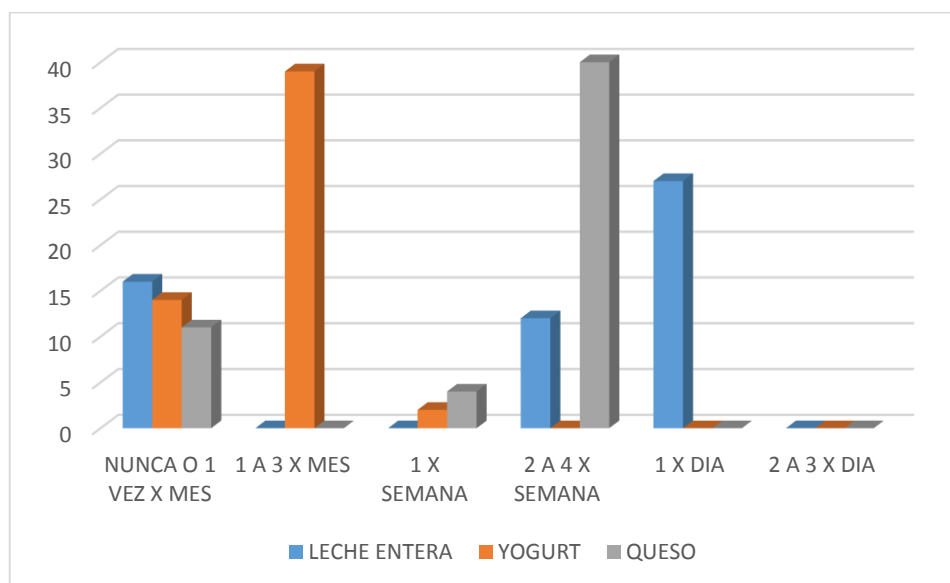


Fuente: Información obtenida de la frecuencia de consumo aplicada a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

La mayor parte de la población consume lácteos por lo menos una vez al día, la otra parte no consume porque presentan tolerancia o aversión a los mismos.

Figura 12 Frecuencia de consumo de leche, yogurt y queso de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016



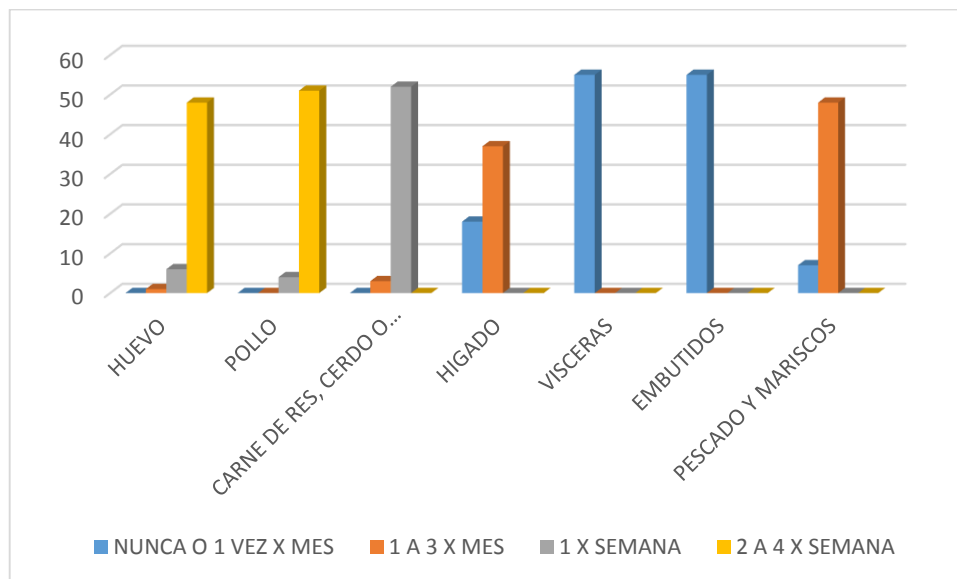
Fuente: Información obtenida de la frecuencia de consumo aplicada a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

Como se puede observar el lácteo de mayor consumo en esta población es la leche, seguido del queso con una frecuencia de dos a cuatro veces por semana, la razón

principal es el acceso y la intolerancia a la lactosa que presentan algunos adultos mayores.

Figura 13 Frecuencia de consumo de huevo, carnes y vísceras en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

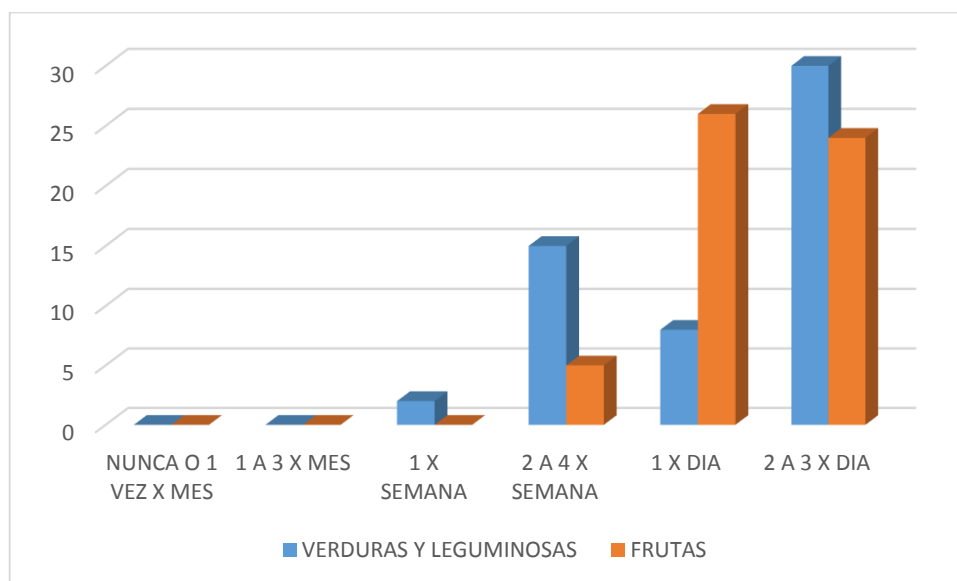


Fuente: Información obtenida de la frecuencia de consumo aplicada a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

La proteína que ingieren con mayor frecuencia es el pollo y el huevo seguido de la carne que la frecuencia de consumo es 1 vez x semana, un alimento de importancia que ingieren con poca frecuencia de 1 a 3 veces por mes es el pescado.

Figura 14 Frecuencia de consumo de frutas, leguminosas y verduras en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

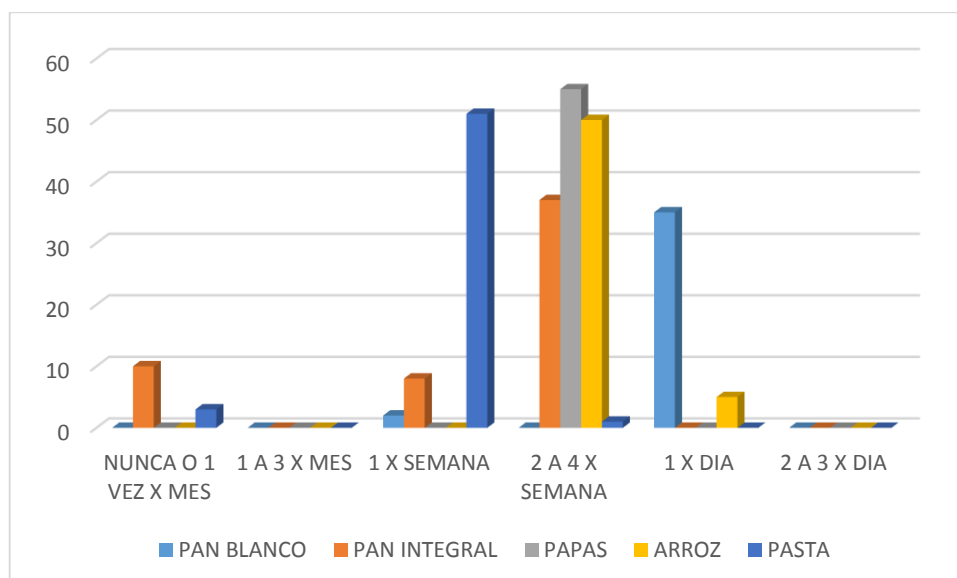


Fuente: Información obtenida de la frecuencia de consumo aplicada a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

Se puede observar que existe un buen consumo de este grupo de alimentos ya que se lo realiza diariamente y la frecuencia es bastante significativa.

Figura 15 Frecuencia de consumo de cereales y tubérculos en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

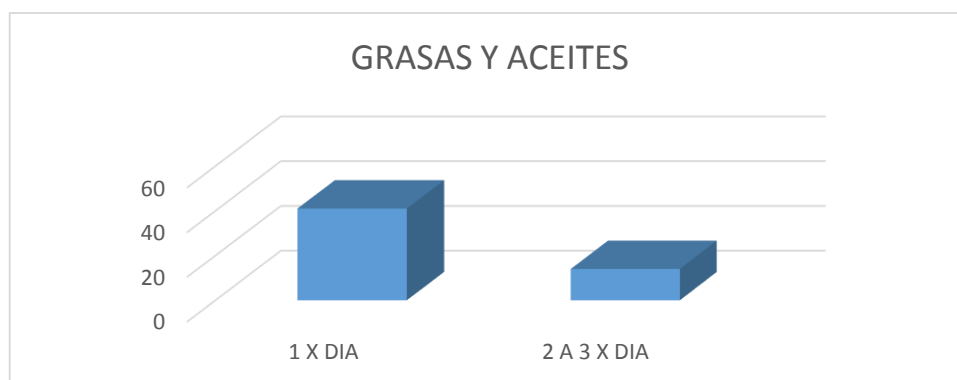


Fuente: Información obtenida de la frecuencia de consumo aplicada a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

El consumo de este grupo de alimentos es muy representativo, al ser variados los menús, la porción de carbohidratos varía en la semana y el consumo de arroz y de pan son bastante altos a causa de las costumbres propias del país.

Figura 16 Frecuencia de consumo de grasas y aceites en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016

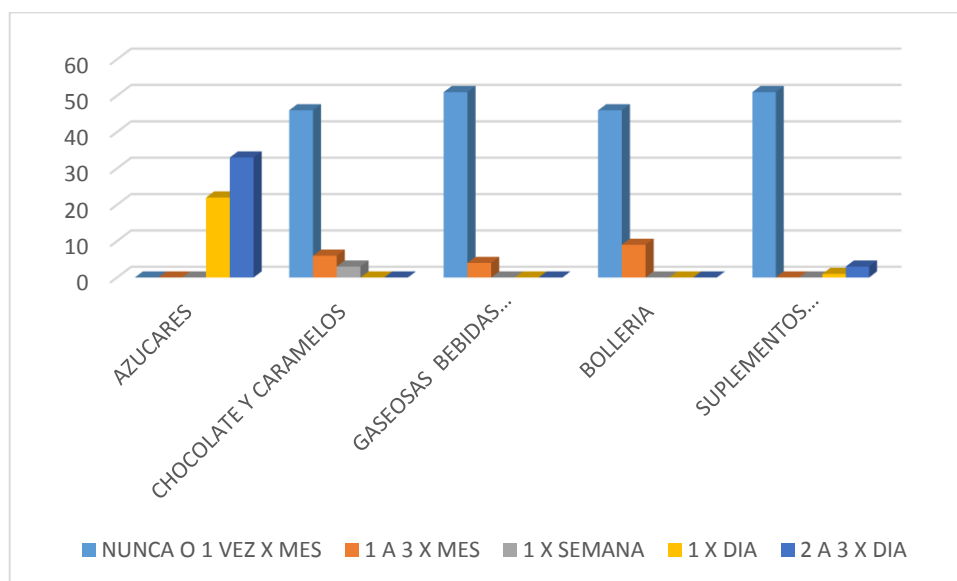


Fuente: Información obtenida de la frecuencia de consumo aplicada a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

Las grasas y aceites se consumen a diario, únicamente varía la porción dependiendo de la patología que presente cada adulto mayor.

Figura 17 Frecuencia de consumo de dulces y suplementos en los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré en el mes de septiembre 2016



Fuente: Información obtenida de la frecuencia de consumo aplicada a los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré

Elaborado por: Elizabeth López

El consumo de estos alimentos es bastante escaso generalmente la ingesta de estos alimentos es 1 vez al mes o nunca por causas médicas, el consumo de azúcar es diario, se encuentra variación en las veces que ingieren en el día.

Discusión

Entre los principales hallazgos se encontró en la evaluación del estado nutricional según el IMC que el problema de mayor prevalencia es el sobrepeso y la obesidad, este hallazgo es el más predominante por múltiples causas como: cambios fisiológicos, psicológicos y de movilidad propios de la edad (Martínez , Veiga, Cobo, & Carbajal, 2011). En las mujeres se encuentra el 61% de sobrepeso y obesidad y en hombres 53%; estos resultados son similares a los datos de sobrepeso y obesidad de la encuesta SABE (2009) en Ecuador, se encontró que en mujeres el 65,4% presentan sobrepeso y obesidad y el 51,6% en los hombres.

A pesar de que el centro oferta una alimentación estandarizada a todos los adultos mayores; la ingesta calórica presenta diferencias, un porcentaje de la población (34,5%) ingiere menos de los requerimientos recomendados que van de 1600 a 2000 kcal/día, otro porcentaje (9,09%) tiene una ingesta calórica elevada y el 56,3% de la población ingiere según las recomendaciones estándar para la población adulta mayor. Según la relación de ingesta alimentaria y estado nutricional se pudo determinar que las personas que presentan una ingesta calórica dentro de las recomendaciones la mayoría presenta un estado nutricional normal, en el sobrepeso y obesidad si se puede observar que tiene gran influencia la ingesta calórica ya que la mayoría de las personas de este grupo presentan una ingesta excesiva, en consecuencia se encuentran diversos problemas de mal nutrición, sobre todo en mujeres que tienden a acumular más grasa corporal, lo que puede probar la mayor prevalencia de obesidad respecto a los hombres. Se conoce que la acumulación de grasa glúteo-femoral típica de la mujer no entraña el mismo riesgo cardiovascular que la grasa de distribución abdominal del varón (Cea, y otros, 2008). Otro componente importante son los hábitos y las conductas alimentarias evidenciadas en los adultos mayores, la mayor parte consumen 3 comidas al día, sin embargo un mínimo porcentaje (11%) ingiere únicamente 2 comidas al día, similares hallazgos se encontró en el estudio de Restrepo et al (2006) que la mayoría de los adultos mayores reciben 3 comidas o más al día y el 8,2% consume 1 o 2 comidas en el día, siendo las de mayor consumo el desayuno 96%, el almuerzo 92% y la cena 77%, un 23% de la población no consumía la última comida del día lo que es un factor deteriorante para la salud.

En cuanto al consumo de lácteos se pudo encontrar que la mayoría es decir el 73% de la población consume con mucha frecuencia, sin embargo el 27% restante refiere no consumir lácteos por diversas causas como intolerancia o disgusto con los

mismos, al igual que en el estudio mencionado anteriormente se encontró que el 43% consume lácteos una sola vez al día y el 25% consume dos veces en el día. En estudios se ha demostrado que en personas mayores de 74 años de edad existe mayor prevalencia de intolerancia a la lactosa en comparación a sujetos de menor edad (Stefano, Veneto, Malservisi, Strocchi, & Corazza, 2009).

La oferta de proteínas de origen animal es variado, lo cual es beneficioso para que los AM no encuentren monotonía y presenten conductas de rechazo frente a los alimentos, la proteína de mayor consumo y con más frecuencia es el pollo y el huevo seguido de las carnes de res, cerdo, vísceras y embutidos. Este resultado es muy favorable en este grupo poblacional porque según Restrepo et al (2006), las proteínas son necesarias para el mantenimiento de la masa celular corporal en los adultos mayores, de esta forma se evita tener un déficit de vitaminas y minerales como la niacina, tiamina, zinc y vitamina B12.

Algo muy importante que cabe recalcar es que ingieren de 2 a 3 porciones de frutas y verduras durante el día lo cual no cubre los requerimientos, sin embargo la mayoría presenta este hábito. Asimismo el 30% ingiere este grupo de alimentos con poca frecuencia 2 al día, a causa de que no son de su agrado o falta de costumbre en edades anteriores. Al no tener una ingesta suficiente de estos alimentos va a repercutir en el aporte de fibra en la dieta, siendo la fibra muy necesaria para mejorar la concentración de lipoproteínas y lípidos sanguíneos. También se ha demostrado que un aumento de consumo de fibra entre 3 a 10 gr/día disminuye el colesterol total y las concentraciones de LDL, por eso la recomendación es de 5 porciones de frutas y vegetales (Restrepo S. L., Morales, Ramírez, López, & Varela, 2006).

Una causa importante para la presencia de los diferentes problemas nutricionales encontrados en este estudio son la edad, sexo, hábitat medio rural o urbano anterior, y la

condición de fumador o no fumador, en el caso de las mujeres es porque tienden a acumular mayor grasa corporal en especial en los glúteos lo que puede justificar la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, otro punto importante que influye en los resultados es que la estatura se encuentra disminuida en edades avanzadas al igual que el tejido muscular, factores que pueden influir en la disminución o el aumento del IMC y de la prevalencia de obesidad en edades muy avanzadas (Cea, y otros, 2008).

También se encuentran relacionados otros factores muy importantes que son la causa principal de la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, estas son las limitaciones funcionales como restricción de la capacidad física o mentales son predictores de la discapacidad en el adulto mayor al igual que la reducción progresiva de masa muscular (Sarcopenia), disminución de la fuerza muscular tiene un gran impacto negativo en el desempeño físico y limitación de la movilidad lo que se encuentra asociado con el IMC (Arroyo, y otros, 2007).

En estudios similares se encontró que entre otras de las causas principales de la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la PAM son las alteraciones metabólicas y alimentarias, toma de fármacos, deterioro de la capacidad funcional que ayudan a la acumulación de grasa corporal al igual que no permiten que los AM tengan una actividad física moderada a causa de falta de movimiento o ayuda para realizar actividades recreativas (Martínez, y otros, 2015, pág. 15)

Un principal limitante que se encontró es la falta de parámetros establecidos para los puntos de corte del IMC en adultos mayores, por lo que en algunos estudios los hallazgos eran la mayoría presentaba bajo peso y desnutrición, a causa de utilizar otros rangos de evaluación del estado nutricional, en este estudio se usaron los rangos establecidos por la OMS (García, Calabozo, Ausín, J.Casado, & Catalá, 2008). Una sugerencia es que se establezcan puntos de corte a nivel mundial con los que se pueda

valorar de mejor manera a los adultos mayores y no tener ese margen de error entre un estudio y otro.

Con la aplicación del MNA se encontró que el sesenta y siete por ciento de la población presenta riesgo de mal nutrición en los dos sexos, y el dieciocho por ciento presenta malnutrición, esto podría ser resultado de los procesos patológicos y síndromes geriátricos propios de la edad lo que presenta consecuencias negativas para la salud y calidad de vida (Gázquez, Pérez, Molero, Mercader, & Barragán, 2015). Otras investigaciones similares han determinado que la malnutrición y pérdida de apetito esta relacionada con varios factores como: los psicológicos; pérdida de motivación por seguir viviendo por la pérdida de un ser querido; monotonía de actividades; causas ambientales y económicas, etc (Contreras, y otros, 2013).

En el caso de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Laboure se determinó que la ingesta calórica promedio es de 1400 a 1800 kcal por día, esto se encuentra relacionado a falta de apetito, enfermedad o situación de estrés y demencia senil presente en los adultos mayores. Estos hallazgos fueron similares a los encontrados en estudio de Ruiz (2011), que comprobó que la ingesta calórica también depende de ciertas alteraciones propias de la edad en la cavidad oral que dificultan la percepción de sabores, también la coexistencia de patologías crónicas y degenerativas dificulta la ingesta al igual que la excesiva medicación causa interacciones fármaco-nutrientes, fármaco- fármaco y fármaco-alimento que afecta la ingesta, absorción, metabolismo y excreción de nutrientes (Ruiz, 2011).

En relación a las conductas alimentarias se encontró que el 30,8% de la población presenta conductas inadecuadas la causa principal es la presencia de patologías asociadas a la edad como disfagia, xerostomía, etc. Entre la presencia de estas conductas se observó que las personas rechazan la comida, escupen, juegan con la comida, agreden

a la persona encargada de su alimentación y evaden por completo los alimentos. Por el motivo mencionado es que no presenta estrecha relación con la alimentación habitual de los adultos mayores y no interfiere en el estado nutricional.

Una vez analizados cada uno de estos componentes nutricionales se puede determinar que las conductas, hábitos, medio ambiente, ingesta alimentaria habitual, los historiales de vivienda del pasado y costumbres se encuentran relacionados con el estado nutricional que van a presentar los adultos mayores, por esa razón se establece como prioridad desde una edad adulta temprana brindar recomendaciones de hábitos de vida saludable de esta forma se evitarán posibles problemas en la edad adulta y por ende se aportara para que el final de los días sean de mejor calidad y sin deterioros espontáneos.

Conclusiones

- El estado nutricional se encuentra relacionado con los hábitos alimenticios, es decir que presenten bajo peso y obesidad esta proporcionalmente evidenciado que esta afección se debe a una ingesta calórica inadecuada.
- El estado nutricional de bajo peso de las personas adultas mayores se encuentra estrechamente relacionado a las conductas alimentarias ya que habitualmente rechazan la comida.
- El problema nutricional con mayor prevalencia es el sobrepeso y obesidad poniendo mayor énfasis en las mujeres que representan al 52% de la población afectada.
- Otro factor que influye en el estado nutricional es el estado psicológico según los estudios mencionados, sin embargo ese no fue el objetivo del estudio pero en el momento de convivir con los AM se pudo determinar la presencia de este factor.

- El hábito alimentario más común es la ingesta de 3 comidas al día, un gran porcentaje no ingiere lácteos, ni las recomendaciones diarias de frutas y verduras por lo que existe un déficit en la ingesta de fibra.

Recomendaciones

- Se debería realizar un estudio poniendo más énfasis en estado de ánimo de las personas y la relación con el apetito.
- Al realizar estudios en este grupo de edad se va la necesidad de estandarizar los parámetros de evaluación nutricional y de igual manera los rangos que clasifican el estado nutricional de este grupo de edad.
- A cada adulto mayor según el estado nutricional y estado patológico debe ser una dieta específica, no estandarizada para todos, y al ser en diferentes consistencias verificar que cubran todos los requerimientos.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta Mini Nutritional Assessment

CUESTIONARIO					
I. DATOS GENERALES					
1. Nombre	2. Edad	3. Procedencia	4. Religión	5. F. Ingreso	6 D. Médico
7. Peso (Kg)	8. Talla	9. Altura Rodilla	10. CP	11. CB	12. IMC
II. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT					
CRIBAJE					
A. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses?			L. Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?		
Ha comido mucho menos =	0	Ha comido igual =	2	No = 0	Si = 1
Ha comido menos =	1			M. Cuantos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza..)	
B. Pérdida reciente de peso (<3 meses)			< 3 vasos = 0		
Perdida de peso > 3 Kg =	0	Pérdida entre 1 y 3Kg =	2	3 a 5 vasos =	0.5
No lo sabe =	1	No ha habido pérdida de peso =	3	> 5 vasos =	1
C. Movilidad			N. Forma de alimentarse		
De la cama al sillón =	0	Sale del domicilio =	2	Necesita ayuda =	0
Autonomía en el interior =	1			Se alimenta solo con dificultad =	1
D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?			Se alimenta solo sin dificultad = 2		
Si = 0			No = 2		
E. Problemas Neuropsicológicos			O. Se considera el paciente que está bien nutrido?		
Demencia o depresión grave =	0	Sin problemas psicológicos =	2	Malnutrición grave =	0
Demencia moderada =	1			No lo sabe o malnutrición moderada =	1
F. Índice de masa corporal (IMC)			Sin problemas de nutrición = 2		
IMC <19 = 0			IMC 21 <23 = 2		
IMC 19 <21 = 1			IMC >23 = 3		
EVALUACIÓN			P. En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?		
G. El paciente vive independientemente en su domicilio			Peor = 0		
Si = 1			No = 0		
H. Toma más de 3 medicamentos al día?			No lo sabe = 0.5		
Si = 0			Igual = 1		
I. Úlceras o lesiones cutáneas?			Mejor = 2		
Si = 0			No = 1		
J. Cuántas comidas completas toma al día?			Q. Circunferencia braquial (CB cm)		
1 comida = 0			CB < 21 = 0		
2 comidas = 1			CB 21 <22 = 0.5		
			CB >22 = 1		
K. Consume usted			R. Circunferencia de la pantorrilla (CP cm)		
Más de una ración de lácteos al día	Si	No	CP <31 = 0		
Huevos o legumbres 2 o + veces a la semana	Si	No	CP >31 = 1		
Carne, pescado o aves diariamente	Si	No			
0-1 Afirmativo = 0					
2 Afirmativos = 0.5					
3 Afirmativos = 1					
EVALUACIÓN GLOBAL (máx. 30 puntos)					
			Sin Riesgo nutricional 24 a 30 puntos		
			Riesgo de malnutrición 17 a 23,5		
			Malnutrición Menos de 17 puntos		

Anexo 3 Matriz ingesta calórica por porciones

IV. INGESTA CALORICA							
Nombre: _____							
Enunciado: Escoja la porción ingerida por el paciente							
DESAYUNO :					Porciones	Kcal	Total
Lacteos							
Cereales y leguminosas							
Vegetales							
Frutas							
Grasa							
Azucar							
MEDIA MANANA:							
Alimento:							
ALMUERZO:					Porciones	Kcal	Total
Lacteos							
Cereales y leguminosas							
Vegetales							
Frutas							
Grasa							
Azucar							
MERIENDA:							
Lacteos							
Cereales y leguminosas							
Vegetales							
Frutas							
Grasa							
Azucar							

Anexo 4 Escala de Blandford

V. PREGUNTAS ACERCA DE CONDUCTAS		
	S I	N O
1. Se niega a comer presenta actitudes como girar la cabeza, coloca las manos delante de la boca, empuja la comida o a la persona que alimenta, tira la comida		
2. Al momento de comer, emplea los dedos, juega con la comida pero no la come, habla al momento de comer o no puede reconocer la comida		
3. Rechaza la comida servida, no come con suficiente variedad, come pequeñas cantidades y después no quiere comer, prefiere líquidos.		
4. Evita ingerir alimentos, cierra la boca y dientes impidiendo la entrada de comida, acepta la comida y luego la expulsa o presenta continuos movimientos de boca o lengua.		
5. Al momento de comer tose o se atraganta, tiene voz afónica o seca.		

Anexo 5 Autorización levantamiento de información

Quito, 6 de septiembre de 2016

Sor
Adelina Sarchi
DIRECTORA
"HOGAR DE ANCIANOS SANTA CATALINA LABOURE"
Presente.-

Yo, Andrea Elizabeth López Campos con C.I 1719668202, le pido me permita realizar el levantamiento de los datos de mi tesis titulada "Hábitos y Conductas alimentarias relacionados al estado nutricional de los adultos mayores del hogar de ancianos Santa Catalina Laboure", este trabajo NO tiene fines de lucro ni es remunerado. Los días que asistiré al centro geriátrico son de lunes a viernes en diferentes horarios para poder observar la alimentación de los pacientes.

La primera semana a partir de las 11am.
Segunda semana 8am y
Tercera semana 4pm.

Por su atención y colaboración le agradezco de antemano.

Atentamente
~~Elizabeth~~
Elizabeth López

*Andrea Elizabeth Lopez Campos
Prescribe 6 09 /16
10-45 am*

Lista de referencias

- Alba, D., & Mantilla, S. (2014). Estado Nutricional, Hábitos Alimentarios y de Actividad Física en Adultos Mayores. Ecuador.
- Albala, C., Sánchez, H., Lera, L., Angel, B., & Cea, X. (2011). Efecto sobre la salud de las desigualdades. *Revista Médica Chilena*, 1276-1285.
- Albala, C. (2015). *Evaluación del estado nutricional en el anciano*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Arroyo, P., Lera, L., Sánchez, H., Bunout, D., Santos, J. L., & Albala, C. (2007). Anthropometry, body composition and functional limitations in the elderly. *Revista Médica de Chile*(135), 846-854.
- Alva, M. d. (2011). Desnutrición en los Adultos Mayores: La importancia de su Evaluación y Apoyo Nutricional. *Revista Salud Pública y Nutrición*.
- Amarilla, N., Aparicio, A., Bodas, A., Castro, B., Del Pozo, F., Fernández, M., ... Loria, V. (2010). *Recomendaciones en nutrición y hábitos de vida saludable desde la Oficina de Farmacia*. Madrid.
- Arango, D. C., Cardona, A. S., & López, A. E. (2012). Mortalidad de adultos mayores por deficiencias Nutricionales en los Departamentos de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 584-597.
- Arango, D. C., Cardona, Á. S., & López, A. E. (2012). Mortalidad de adultos mayores por deficiencias nutricionales en los Departamentos de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 584-597.
- Astoviza, M. B. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *SciELO*.
- Avellana Zaragoza, J. A., Belenguer Varea, A., Cuesta Peredo, D., Tarazona Santabalbina, F. J., Doménech Pascual, J. R., Medina Domínguez, L., ... Gac Espínola, H. (2009). Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutrición Hospitalaria*, 724-731.
- Ávila, F. M., & Álvarez, M. M. (2012). Introducción . En *Geriatría para el Médico Familiar*. México: Manual Moderno.
- Bejarano, J. J., Guzmán, L. S., & Montaña, A. (2014). Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de derechos. *Revista Fac. Med.*, 76.

- Casado, J. .. (2010). Guía de alimentación para personas mayores. *Puntos de Partida y Cuestiones Generales*. Madrid: Ergon.
- Castillo, O., Rozowski, J., Cuevas, A., Maíz, A., Soto, M., Mardones, F., & Leighton, F. (2002). Food intake in ederly people living in a middle income community in Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 130(12), 1335-1342.
- Cea, L., Moreno, B., Monereo, S., Gil, V., Lozano , J., Llisterri, J., . . . Redón , J. (2008). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población española de 60 años o más y factores relacionados. . *Médica clínica de Barcelona*, 205-210.
- Cereda, E., Valzogher, L., & Pedrolli, C. (2008). Mini nutritional assessment is a good predictor of functional status in institutionalised elderly at risk of malnutrition. *Clinical Nutrition*, 700-705. doi:doi:10.1016/j.clnu.2008.06.001
- Contreras, A. L., Gualber Vitto, A., Romaní, D. A., Tejada, G. S., Yeh, M., Ortiz, P. J., & Tello, T. (2013). Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Marasma Chicche, Junín Perú. *Revista Médica Herediana*, 24(3).
- Di Marco, R., Correa, M., & Otero, R. (2009). Comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo. *Hospital Privado de la Comunidad*.
- Fernandez, S. D. (2010). Factores que Influyen en la Desnutrición en Ancianos no Institucionalizados. *Reduca*, 582.
- Fernández, S. D. (2010). Factores que Influyen en la Desnutrición en Ancianos no Institucionalizados. *Reduca*, 581-592.
- Flores, M. (2013). Entre el festín y el régimen: Normalización del comportamiento Alimentario. México.
- Freire, W. (2009). Presentación de resultados de la encuesta SABE. *Encuesta de salud bienestar y envejecimiento*. Quito, Ecuador.
- García, A., Calabozo, B., Ausín, L., J.Casado, & Catalá, M. (2008). Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un centro residencial para perdonas mayores. *Nutrición Hospitalaria*, 103.
- García, C., Gonzáles, C., & Gutiérrez, L. (2012). Generalidades Adultos Mayores. En *Geriatría para el médico familiar*. México: Manual Moderno.
- Gázquez, J., Pérez, C., Molero, M., Mercader, I., & Barragán, A. (2015). Valoracion nutricional en personas mayores. En *Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento* (pág. 15). ASUNIVEP.

- Gómez, C. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo del Centro de Reposo San Juan de Dios*. Ecuador.
- Heflin, M. (2016). Geriatric health maintenance. *UpToDate*.
- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Ecuador.
- J. Álvarez Hernández, I. G. (2011). Envejecimiento y Nutrición. *Nutrición Hospitalaria*, 4, 7.
- J. Morillas, N. G.-T.-P. (2009). Detection of hyponutrition risk in non-institutionalised elderly. *Scielo*.
- Jimenez, S. A., Ortiz, E. C., & Soto, M. P. (2011). Los adultos mayores, una etapa de reto. En *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde Trabajo Social* (pág. 23).
- Krinke, B. (2010). Nutrición y Adultos Mayores. En J. Brown, *Nutrición en las Diferentes Etapas de la Vida* (pág. 468). México: Mc Graw Hill.
- Krinke, U. B. (2010). Nutrición y adultos mayores. En J. E. Brown, *Nutrición en las diferentes Etapas de la Vida* (pág. 456). México: Mc Graw Hill.
- López, M. D., & Artacho, M. L. (2010). Nutrición y Envejecimiento. En Á. G. Hernández, *Nutrición Humana en el Estado de Salud* (págs. 321-343). Madrid: Panamericana.
- Martín, R. S., Crespo, P. M., Prieto, R. L., & Chacón, N. I. (2015). Nutrición adecuada en la vejez: Trastornos alimenticios que pueden aparecer en la tercera edad. En *Salud y cuidados en el envejecimiento* (Vol. 3, pág. 64). ASUNIVEP.
- Martínez, L. G., Andrades, J., García, E., Moreno, M., Sánchez, J., Sánchez, C., . . . Falagán, E. (2015). Valoración nutricional en personas mayores. En J. J. Gázquez, I. Mercader, & A. Barragán, *Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento* (pág. 15). ASUNIVEP.
- Mejía, C. (2012). Viven Ancianos Edad del Olvido. *ProQuest*.
- OMS. (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. *WHO Technical Report Series*, 1-452.
- Paladino, C. (2012). Demencia y nutrición: Evaluación del estado nutricional de pacientes de la tercera edad con demencia, internados en una institución geriátrica. *Nutrar*.
- Prieto, I. (2011). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adultos Mayores* (Vol. 14). Sevilla.

- Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramirez, M. C., López, M. V., & Varela, L. E. (2006). Nutritional habits in senior adults and its relationship with protective or deteriorating effects in health. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(3).
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>
- Ritchie, C., & Yukawa, M. (2015). Geriatric Nutrition: Nutricional issues in older adulta. *UpToDate*.
- Ruiz, I. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adultos mayores. *Instituto de Ciencias de la Conducta*, 1611-1623.
- Salinas, C. (2008). *Nutrición y Alimentación en Personas de Edad Avanzada*.
- Salinas, C. (09 de Octubre de 2008). *Nutrición y Alimentación en Personas de Edad Avanzada*. Recuperado el 30 de Junio de 2016, de
https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/4_colaboraciones/nutricion_mayores/alimentacion_mayores.htm
- San, M. I., Cendón, M., & Rodríguez, D. (2012). Planificación Alimenticia en personas mayores: aspectos nutricionales y económicos. *Nutrición Hospitalaria*, 2117.
- Ternent, C. R., Colmenares, F. R., & Elvira, M. (2012). Valoración geriátrica integral. En *Geriatría para el médico familiar*. México: Manual Moderno.
- Turconi, G., Rossi, M., Roggi, C., & Maccarini, L. (2013). Nutritional status, dietary habits, nutritional knowledge and self-care assessment in a group of older adults attending community centres in Pavia, Northern Italy. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 49–55. <http://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01289.x>
- Urteaga, C., Ramos, R., & Atalah, E. (agosto de 2001). Evaluation of mini nutritional assessment in Chilean free-living elders. *Revista médica de Chile*, 129(8).
Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000800005>
- Vaca, R., Ancizu, I., Moya, D., Rodriguez, M., & Pascual, J. (2015). Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: un análisis multicéntrico nacional. *Nutrición Hospitalaria*, 1205-1216.
- Varela, L. F. (2013). Nutrición en el Adulto Mayor. *Revista Médica Herediana*, 24(3).
- Vitela, N. (14 de Junio de 2013). Repercuten carencias en estatura de ancianos. *Reforma*.
- Vives, C. C., Moreiras, O., & Varela, G. (2010). Guía de Orientación Nutricional para Personas Mayores. *Fen.org*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación.