



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TEMA:

“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL
ADULTO MAYOR FEMENINO, CENTRO GERIÁTRICO TERESA SÁNCHEZ, IESS
PORTOVIEJO”

AUTORAS:

CEDEÑO CARPIO LAURA NICOLE.

QUIJIJE ZAMBRANO CINTHYA VICTORIA

TUTORA:

LCDA. ARIANA SALMON SALMON Mg. SP.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2019

DEDICATORIA

“Esfuézate y sé valiente. No temas ni desmayes, que yo soy el Señor tu Dios, y estaré contigo por dondequiera que vayas”. Josué 1:9

Dedicado especialmente a DIOS, por permitirme cumplir uno de los anhelos de mi corazón.

A mi mamá Shirley Carpio por su dulce amor, paciencia inagotable y palabras de sabiduría, que se reflejan en lo que soy, hoy por hoy.

A mis hermanos, Cesar Patricio, Xavier Andrés y Adrián Alexander, quienes han caminado conmigo, apoyándome a superar los obstáculos que se me han presentado.

A mi abuelito Carlos, por ser el mejor papá del mundo,

A la memoria de mi mamita Estrellita, quien fue una mujer dedicada y admirable que entrego todo por los que amó, ella fue un pilar fundamental, tanto en inspiración como en fuerza, motivándome a despertar cada día con ganas de alcanzar el éxito y luchar por mis metas y sueños.

Y a toda mi familia, este nuevo logro también es gracias a ustedes, los amo.

Laura Nicole Cedeño Carpio

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación se lo dedico a Dios por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y resistir todo lo que este proceso demanda, porque sin él nada de esto fuera posible.

A mi madre Cecilia Quijije y mis abuelitos Victor Quijije y Luzmila Zambrano, por ser los principales promotores de mis sueños, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido cumplir todo lo que me propongo.

A mi familia en especial a Sra. Celia Quijije y Dr. Cesar Macías por compartir momentos significativos conmigo, ser mis consejeros y guías durante todo el transcurso de mi vida.

A mi esposo Irving Pincay quien estuvo ahí incondicionalmente para brindarme su apoyo en cada instante y me ayudo a concluir esta meta.

A mí amado hijo Dylan Pincay Quijije por ser mi fuente de motivación para ser una mejor persona, mejor madre, quien me inspira a la superación personal y profesional para que en un futuro pueda ver en mí su ejemplo a seguir.

Cinthya Victoria Quijije Zambrano

AGRADECIMIENTO

“No se aflijan por nada, sino preséntenselo todo a Dios en oración; pídanle y denle gracias también. Así Dios les dará su paz, que es más grande de lo que el hombre puede entender; y esta paz cuidará sus corazones y sus pensamientos por medio de Cristo Jesús’. Filipenses 4:6

Gracias Dios por ser la luz en mi diario vivir, por permitirme concluir con éxito un proyecto que en un principio parecía tarea interminable, por otorgarme una familia maravillosa, quienes me han enseñado el valor de lo que tengo, por sus ejemplos de superación, humildad y sacrificio.

Agradecida con mi universidad, por haberme permitido formarme y en ella, gracias a todas las personas que fueron participes de este proceso, catedráticos y especialmente a mis compañeros de clases, con quienes fue más ligera la carga de estudio.

Laura Nicole Cedeño Carpio

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de titulación es uno de los objetivos más anhelados en mi vida profesional por lo cual quiero expresar mi gratitud a quienes lo hicieron posible: A Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A la Universidad Técnica de Manabí, al personal de la carrera de Nutrición y Dietética a mis catedráticos por los conocimientos impartidos y de manera especial a mi tutora de tesis; quien con su loable capacidad y experiencia ha contribuido en la culminación de la tesis.

A mi madre y a mis abuelitos maternos por ser mi pilar fundamental e inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades que se presenten y a mi familia por extender su mano en los momentos difíciles, especialmente a mis tías maternas por su apoyo constante.

A mi esposo Irving Pincay por el amor brindado cada día durante todos estos años de estudio que han permitido que no solo crezca como persona sino como mujer, madre e hija y sin duda alguna a mi hijo DYLAN PINCAY QUIIJE, por iluminarme con la paz de su sonrisa y enseñarme el verdadero significado de la palabra amor y que todo es posible si lo tengo a mi lado.

Cinthya Victoria Quijije Zambrano

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR

DECLARAMOS QUE:

La tesis fue guiada y orientada con los conocimientos técnicos y científicos de parte de nuestro director de tesis Lic. Ariana Salmon y miembros del tribunal de revisión y evaluación.

Además afirmamos y aseguramos que las doctrinas, ideas, conclusiones y recomendaciones plasmadas en esta tesis, son de única, total y exclusiva responsabilidad de las autoras.



.....
CEDENO CARPIO LAURA NICOLE

C.I 131449721-3

AUTORA



.....
QUIJJE ZAMBRANO CINTHYA VICTORIA

C.I 131363907-0

AUTORA

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE TABLAS	ix
ÍNDICE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xiii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA.....	4
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2.2. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	7
1.3. ANTECEDENTES	7
1.4. DELIMITACIÓN DEL TEMA	9
1.5. JUSTIFICACIÓN	10
1.6. OBJETIVOS	12
1.6.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	13
2.1. ENVEJECIMIENTO.....	13
2.1.1. Alteraciones fisiológicas en el adulto mayor	14
2.1.2. Aspectos Sociodemográficos	15
2.1.3. Clasificación adultos mayores.....	16
2.2. HÁBITOS ALIMENTARIOS	17
2.2.1. Hábitos alimentarios en los adultos mayores.....	17

2.3. ESTADO NUTRICIONAL	18
2.3.1. Requerimientos nutricionales y energéticos en adultos mayores.....	19
2.3.1.1. Proteínas.....	19
2.3.1.2. Hidratos de carbono.....	20
2.3.1.3. Grasas.....	20
2.3.2. Micronutrientes no energéticos	20
2.4. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	21
2.4.1. Valoración nutricional en el adulto mayor.....	22
2.4.2. Composición corporal.....	24
2.5. MARCO CONCEPTUAL	26
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
3.1. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
3.3. PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN	27
3.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	28
3.4.1. FUENTES DE INFORMACIÓN	28
3.4.2. MÉTODOS	28
3.4.3. TÉCNICAS	29
3.4.4. INSTRUMENTOS	29
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	30
3.5.1. MUESTRA DE ESTUDIO	30
3.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	30
3.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	30
3.5.1.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	31
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
3.7. PROCEDIMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	34
3.7.1. Resultados de la aplicación de la Ficha de Recolección de Datos.....	35

3.7.2. Resultados de la aplicación del Cuestionario Frecuencia de Consumo de Alimentos ..	36
3.7.3. Resultados de la aplicación de la Bioimpedancia Eléctrica	60
3.7.4. Técnicas de KOLMOGOROV SMIRNON	66
3.7.5. Correlación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de adultos mayores femeninos mediante R-Pearson.....	67
3.7.6. Comprobación de la hipótesis	71
3.8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	72
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	778
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1. CONCLUSIONES	78
5.2. RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS	

ÍNDICE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización	33
Tabla 2	Frecuencia de comidas al día de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.	36
Tabla 3	Consumo de Lácteos y derivados de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	37
Tabla 4	Consumo de huevos, carnes, pescado de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	39
Tabla 5	Consumo de legumbres y harinas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	42
Tabla 6	Consumo frutas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	45
Tabla 7	Consumo de verduras y hortalizas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	48
Tabla 8	Consumo de aceites y grasas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	51
Tabla 9	Consumo de dulces y postres de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	54
Tabla 10	Consumo de misceláneos de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	56
Tabla 11	Consumo bebidas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	59
Tabla 12	Estadísticos IMC, Grasa Corporal y Grasa Visceral de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	61
Tabla 13	IMC de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	61

Tabla 14	Grasa corporal de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	63
Tabla 15	Grasa visceral de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	65
Tabla 16	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	67
Tabla 17	Relación IMC y consumo de alimentos de adultos mayores femeninos Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS, Portoviejo	68
Tabla 18	Relación Grasa Visceral y consumo de alimentos en adultos mayores femeninos Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS, Portoviejo	70
Tabla 19	Relación grasa corporal y consumo de alimentos consumo de alimentos de adultos mayores femeninos Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS, Portoviejo	71
Tabla 20	Pruebas de chi-cuadrado	72
Tabla 21	Presupuesto	81
Tabla 22	Cronograma	82

ÍNDICE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Frecuencia de comidas al día de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.	36
Gráfico 2	Consumo de Lácteos y derivados de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	37
Gráfico 3	Consumo de huevos, carnes, pescado de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	39
Gráfico 4	Consumo de legumbres y harinas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	42
Gráfico 5	Consumo frutas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	46
Gráfico 6	Consumo de verduras y hortalizas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	49
Gráfico 7	Consumo de aceites y grasas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	52
Gráfico 8	Consumo de dulces y postres de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	54
Gráfico 9	Consumo de misceláneos de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	57
Gráfico 10	Consumo bebidas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	59
Gráfico 11	IMC de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	62
Gráfico 13	Grasa corporal de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	63
Gráfico 14	Grasa visceral de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo	65
Gráfico 15	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	67

RESUMEN

Los cambios morfofisiológicos del proceso de envejecimiento han llevado a tomar medidas sanitarias urgentes en especial desde la formulación de políticas públicas que estén encaminadas al adulto mayor. El objetivo de este estudio es evaluar la relación de los hábitos alimentarios con el estado nutricional en el adulto mayor femenino, Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo, para lograrlo fue necesario determinar los hábitos alimentarios mediante el método de frecuencia de consumo de alimentos, para luego caracterizar la composición corporal según componente grasa corporal y visceral mediante el uso de la Bioimpedancia Eléctrica en la población de estudio, luego identificar la influencia de los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional. Se utilizó el método teórico (histórico-lógico, analíticos-sintético) y métodos empíricos (la observación científica y medición). Las técnicas utilizadas fueron la ficha de recolección de datos y como instrumento la balanza de control corporal OMRON y el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA) modificado. Los resultados obtenidos permitieron identificar que un grupo considerable de la muestra en estudio se encuentra con sobrepeso y obesidad; un pequeño porcentaje pero muy significativo con normopeso y grasa corporal muy elevado y grasa visceral alto. Los alimentos que más consumen son huevos, carnes, legumbres, carbohidratos como alimentos para la dieta de la mayor parte de la población estudiada; sin embargo, se denota carencia en el consumo de leche, pescado, granos secos y pan. Los valores de los cuadros de relación de las variables, se ubicaron en un nivel de significación mayor al establecido en el Chi-cuadrado R Pearson $P < 0.05$, lo que evidencia una significativa relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de adultos mayores femeninos.

Palabras Clave: Envejecimiento, frecuencia de comidas, tipos de alimentos, alimentación equilibrada, valoración nutricional.

ABSTRACT

The morphophysiological changes of the aging process have led to urgent sanitary measures, especially since the formulation of public policies that are aimed at the elderly. The objective of this study is to evaluate the relationship between eating habits and nutritional status in the elderly female, Teresa Sánchez Geriatric Center, IESS Portoviejo, to achieve the necessary fuel to determine food through the frequency method of food consumption, to then characterize the body composition according to the component of body fat and visceral by using the Electric Bioimpedance in the study population, then identify the influence of food nutrients on nutritional status. The theoretical method (historical-logical, analytical-synthetic) and empirical methods (scientific observation and measurement) were analyzed. The techniques used were the data collection sheet and as an instrument the OMRON body control scale and the modified food consumption frequency questionnaire (CFCA). The allowed results allowed to identify a considerable group of the sample under study is overweight and obese; a small percentage but very significant with normal weight and very high body fat and high visceral fat. The foods that consume more are eggs, meats, legumes, carbohydrates like foods for the diet of most of the studied population; However, there is a lack of consumption of milk, fish, dried grains and bread. The values of the relationship tables of the variables, are located at a level of significance greater than that established in the Chi-square R Pearson $P < 0.05$, which shows a significant relationship between food and the nutritional status of older female adults.

Keywords: Aging, frequency of meals, types of food, balanced diet, nutritional assessment.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El envejecimiento actual de la población es considerado un fenómeno mundial con múltiples implicaciones sociodemográficas y en el ámbito de salud, en los últimos años se han producido grandes cambios en el perfil epidemiológico del adulto mayor caracterizados principalmente por una fuerte reducción de la natalidad y por la disminución de la tasa de mortalidad (1). De acuerdo al informe de perspectivas de la población mundial 2019, en 2050 una de cada seis personas tendrá más de 65 años (16 %), más que la proporción actual de una de cada 11 en este 2019 (9 %) (2).

En la actualidad hay más de 150 millones de personas con más de 60 años en los diferentes países del continente americano (3). Cabe destacar que el ritmo de envejecimiento de las poblaciones en los países en desarrollo es mayor que en los países industrializados (4). En los países latinoamericanos, las condiciones de pobreza y desigualdad en el acceso a los derechos sociales fundamentales y derecho a la alimentación para muchas de las personas son críticas; este problema se ha incrementado, debido a que muchos adultos mayores son vulnerables a esta situación, por lo que en un gran número se encuentran en malnutrición. En la República del Ecuador, los adultos mayores van en aumento. Se estima que en el último censo poblacional efectuado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el Ecuador existen 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429), seguido de la costa (589.431); en su mayoría son mujeres (53,4 %) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad (5). Siendo el 61 % de la población adulta y el 31 % correspondería edades que fluctuaban entre 0 y 18 años (5).

De lo anterior se deduce que la senectud poblacional progresiva está llevando a que se analicen sus consecuencias desde diferentes ángulos, entre estos la seguridad alimentaria y nutricional, como una problemática y desafíos (4). Es así que el consumo alimentario es considerado un eje principal en el envejecimiento saludable, esto asociado a los diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en el adulto mayor para determinar debido a que factores se presentan deficiencias nutricionales (1,5).

La alimentación cumple un rol fundamental para una vida saludable, esta se encuentra vinculada a los hábitos alimentarios (6). El deficiente hábito alimenticio en esta etapa de vida, tiene un rol significativo en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, que atacan a un gran número de seniles (1). A pesar de la importancia que tiene el estado nutricional en la tercera edad una gran población tiene problemas de malnutrición, la malnutrición por defecto es uno de los problemas más prevalentes en la población anciana, es un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia y esto podría explicar la fuerte asociación entre desnutrición y comorbilidad, fragilidad y aumento de la mortalidad (7).

La aplicación de herramientas de tamizaje nutricional tales como cuestionario de frecuencia de alimentos, bioimpedancia eléctrica en los distintos centros de asistencia social es de suma importancia para detectar el riesgo y la presencia de desnutrición en los adultos mayores (5,8), una adecuada valoración del estado nutricional resulta fundamental para la detección precoz de la desnutrición, determinar situaciones de riesgo, identificar las causas de los posibles déficits nutricionales, diseñar el plan de actuación para mejorar el estado nutricional y evaluar la efectividad de las intervenciones nutricionales (7).

La evaluación de calidad de la dieta requiere centrarse en los elementos nutricionales considerados como más importantes en relación con la promoción de la salud y prevención de enfermedades (9). Bajo estas premisas se han desarrollado múltiples instrumentos de cribado, pero es importante considerar que los distintos métodos empleados presentan diferente sensibilidad y en muchas ocasiones no permiten detectar alteraciones nutricionales potencialmente importantes (7).

Habitualmente para realizar estudios alimentarios se cuenta con las encuestas de recordatorio de 24 horas o encuestas de tendencia de consumo, las cuales tienen la limitación de no valorar la calidad de la dieta de forma inmediata (9). Sin embargo, presentan una gran limitación en ocasiones asociados a la edad de los pacientes y a las comorbilidades que estos presenten como la fragilidad o pérdida de memoria (10).

Es por ello que el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación de los hábitos alimentarios con el estado nutricional en el adulto mayor femenino, Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo, el mismo que acoge a gran cantidad de pacientes jubilados que

acuden con frecuencia a las reuniones, siendo estos adultos mayores que en ocasiones ameritan vigilancia en la alimentación, esto con el fin de disminuir los cuadros de malnutrición que se vinculan con gran cantidad de patologías crónicas no transmisibles, es por esto que nace la incógnita y se toma la problemática de la nutrición en este grupo de pacientes sobre todo de género femenino.

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA

El aumento cada vez más acelerado de la población adulta mayor es un fenómeno global, debido principalmente al mejoramiento de las condiciones y expectativas de vida. Se estima que, los adultos mayores conformaban el 10,6 % de la población y se espera que en el año 2025 alcancen un 19 % del total (11). Estudios demuestran que 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará de 11 % al 22 % (12). Este grupo etario se caracteriza por presentar cambios morfológicos en distintos órganos y a su vez en el ámbito nutricional (13,14). Siendo así se ha determinado que la nutrición juega un papel de gran importancia para la prevención de cuadros de malnutrición que podrían acarrear posibles complicaciones en los adultos mayores.

El estado nutricional del adulto mayor requiere de una evaluación, siendo necesario estudiar los hábitos alimentarios y la valoración de la adecuación de la ingesta habitual de los sujetos con respecto a las ingestas dietéticas de referencia (13,15). Esto es posible mediante la utilización de cuestionarios dietéticos, los cuales permiten alertar sobre posibles alteraciones nutricionales causadas por una dieta inadecuada, El cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA) es una de las encuestas dietéticas más empleadas en la anamnesis alimentaria (9).

Existe una relación indiscutible entre la nutrición y el estado de salud del adulto mayor. Es por ello que no solamente un buen estado nutritivo representa con respecto a las posibilidades de presentar menor mortalidad, sino también por lo que supone en cuanto a prevención de enfermedades e incapacidades frecuentes en los ancianos (16). Por tal razón, la nutrición vista como el factor más influyente en la salud de los adultos mayores debe ser un aspecto vital a tener en cuenta en la intervención por parte del personal de salud en general (15).

En virtud de todo lo anterior, adquiere una gran importancia el conocimiento de los factores que intervienen en el estado físico y nutricional del adulto mayor, como la sarcopenia, la anorexia (que puede ser fisiológica, como parte del envejecimiento), la depresión, el aislamiento y el retraimiento, la demencia, la ocurrencia de enfermedades crónicas, y el consumo de varios fármacos, sin dejar de lado los factores socioeconómicos (13).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición continúa es uno de los problemas clínicos más frecuentes y menos tomado en cuenta en la población adulta mayor (17). Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la salud y el bienestar durante toda la vida. Este principio se extiende e incluye la calidad de vida de los adultos mayores (referidos a aquellos que superan los 60 años de edad) (14,18). El desorden alimenticio va desde los primeros años de vida, hasta la edad adulta, donde se provoca de forma considerable un desbalance nutricional, con mayor tendencia alimentarse de forma incorrecta, abusar de las comidas consideradas chatarras y dejar de lado los alimentos saludables, todo esto acompañado de una vida sedentaria, lo que implica llegar a la vejez con problemas de salud (19).

Por lo general los ancianos forman uno de los grupos más vulnerables desde el punto de vista alimentario y por lo tanto, son más susceptibles a presentar estados de mal nutrición, conduciéndolos a deficiencias proteico-calóricas o la obesidad, afectando de forma negativa su forma física y, por tanto, su autonomía y en general la calidad de su vida (20). Una malnutrición puede reducir la capacidad física y mental que está asociada con las enfermedades infecciosas, los problemas en la circulación y con el sistema digestivo.

El envejecimiento es causado por una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos, además de los cambios de actitudes (17). La concienciación cada vez es mayor por parte de la comunidad científica y de los profesionales sanitarios sobre la importancia de mantener un adecuado estado nutricional en la población anciana (7). La utilización de medidas antropométricas es importante para complementar las herramientas de tamizaje; así como los valores disminuidos en el índice de masa corporal (IMC), mismos que se relaciona con fragilidad y sugieren disminución en el tejido muscular y adiposo (8).

La soledad y el aislamiento pueden incidir muy desfavorablemente en la forma de alimentación del adulto mayor, ya que la falta de afectividad, así como la carencia de proyectos de vida y de relaciones sociales, pueden derivar hacia un consumo desequilibrado por lo que se debe seguir pautas y procurar corregir las prácticas alimentarias erróneas, que en esta etapa de la vida adquieren un significado más comprometedor (14).

Es un grupo de riesgo, con problemas de salud y nutrición causados por un sinnúmero de factores, entre los que figuran como principal los problemas socioeconómicos. (21). Son numerosos los estudios que evidencian cómo la desnutrición calórico-proteica es una situación común entre la población mayor, potencialmente seria, infra diagnosticada a menudo y con tasas de prevalencia que, en los Estados Unidos, se sitúan entre el 30 y el 60 % (22). Hasta un 5 % de las personas mayores aparentemente sanas que viven en sus domicilios pueden presentar esta forma de malnutrición cualquiera que sea el instrumento de valoración utilizado.

En la actualidad se dispone de datos epidemiológicos que ponen de manifiesto la relación entre la dieta y otros factores del estilo de vida con la aparición de enfermedades crónicas. La mejora en la atención sanitaria y también la adecuación de estos factores de riesgo vinculados a la dieta, pueden contribuir a incrementar la esperanza de vida, con menor incapacidad y a disminuir la mortalidad prematura (14). Para el año 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo; así mismo, un 80 % de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (10). En República de México, según estudios realizados la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los ancianos de sexo femenino varía entre 50 y 80%. (23)

En Ecuador, de acuerdo con la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE 2010) la prevalencia de bajo peso compatible con desnutrición alcanzo el 2,5 % en mujeres y 2,9 en hombres (24). En otro estudio se observó una prevalencia del 63% de malnutrición. La edad que presentó mayor prevalencia fue de 65 a 74 años con un 29.8%, el sexo femenino con 77.2%. (25)

Ecuador es un país con población joven, adulta y senil con pirámides poblacionales de bases amplias y donde se estima que una proporción considerable de sus habitantes viven en áreas rurales con poco o ningún servicio público de saneamiento básico, agua, nutrición, escolaridad, vivienda adecuada o servicios de salud. El ingreso familiar mensual en términos generales, no cubren los gastos de la canasta básica general, con la consecuencia de que en las tasas de desnutrición y deficiencia de micronutrientes son cada día más preocupantes (24). Estudios realizados en centros geriátricos como Hogar Miguel León y Cristo Rey, en la República del Ecuador; “Se pudo conocer que el 61.2 % de los adultos mayores presentan malnutrición” (26).

En este grupo vulnerable, la desnutrición, constituye un problema frecuente, hecho que puede influir en el pronóstico asociado a diversos procesos patológicos como el soporte nutricional del adulto mayor (27). Es necesario prevenir y/o tratar de forma precoz la desnutrición en los adultos mayores, para elevar su calidad de vida, que lleguen en un estado útil, sin complicaciones hasta el final de sus días (17).

En lo que respecta al centro Geriátrico Teresa Sánchez, en el cual se da acogida a los adultos mayores, se ha detectado que muchos de ellos no tienen control para una adecuada alimentación que ayuden a disminuir los cuadros de malnutrición y desarrollo de un sinnúmero de patologías. Ante esta situación, surge la necesidad e interés de tomar la problemática de la nutrición en este grupo de pacientes, debido a que en el centro no se cuenta con un estudio orientado al adulto mayor, guías o programas para hábitos alimentarios que ayudan a mejorar su estado nutricional.

1.2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de los hábitos alimentarios con el estado nutricional en el adulto mayor femenino, Centro Geriátrico “Teresa Sánchez” - IESS Portoviejo?

1.2.2. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Los hábitos alimentarios inciden significativamente en el estado nutricional del adulto mayor femenino, centro geriátrico teresa sánchez, IESS Portoviejo”

1.3. ANTECEDENTES

Chavarro Carvajal y German Borda en el año 2.018 en su investigación sobre Factores asociados al estado nutricional en pacientes adultos mayores, la población total fue de 883 pacientes se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal cuantitativo usando los registros de la base de datos de pacientes del Servicio de Geriatria del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) de Bogotá, en donde se determinó una edad media de 83 años de edad con una proporción de hombres del 43,07 % frente a un 53,03 % de mujeres, las cuales se encontró

que las personas con malnutrición tienen una mayor prevalencia de delirium (57.45 % vs 37.25 %), demencia (73.63 % vs 52.94 %) y un peor estado funcional según la escala de *Barthel* (43.46 (\pm 33.07) vs 65.49 (\pm 33.85)). Además, presentan una mayor mortalidad (11.48 vs 2.94 %) (28).

García y Ríos, en su estudio “Relación del estado nutricional con la adecuación de la ingesta en pacientes del programa adulto mayor del centro de atención primaria II-San Juan Bautista-Essalud”, fue un estudio no experimental, descriptivo, transversal y correlacional, trabajo con 76 adultos mayores entre hombres y mujeres, a quienes les aplicó una encuesta de consumo y el recordatorio de 24 horas se usó para evaluar la ingesta de alimentos. Para la evaluación nutricional, se usó las historias clínicas de los pacientes para obtener información clínica. Los resultados evidencian que el 3% de los pacientes, presentaron un estado nutricional adecuado, y el 97% inadecuado, en cuanto al consumo de alimentos el 96.1 de adultos mayores se alimenta de forma no adecuada y solo un 3.9% lo hace de forma adecuada. (29)

Hernández, Torrado e Cambrodón. En su estudio sobre “Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional” el cual fue un estudio transversal realizado en 57 adultos mayores de 75 años autónomos, no institucionalizados residentes en Garrucha, Almería. La valoración del riesgo nutricional se realizó con el cuestionario MNA. El riesgo social se valoró mediante la escala socio-familiar de Gijón y la esperanza de vida se valoró con el cuestionario CCI, se determinó el 73,7 % de la población presentó un buen estado nutricional; el 22,8 % tenía riesgo de malnutrición y el 3,5 % presentó malnutrición. Algunos sujetos estaban en riesgo social y el 17,5 % presentaba una probabilidad de mortalidad superior al 52 % en los siguientes tres años. La mayoría de la población padecía menos de cinco enfermedades. El riesgo de malnutrición se relacionó positivamente con los factores sociales y con el número de patologías (30).

Durán Agüero, Priscila Candía y Pizarro Mena, en su estudio sobre “Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor” Se encuestaron a 458 adultos mayores. En la subescala de Hábitos alimentarios saludables, el 11,2 % de los hombres y 11,4 % de las mujeres presentan hábitos alimentarios saludables, en relación con la subescala de Hábitos alimentarios no saludables, que los presentan el 54,4 % de los hombres y el 42,9 % de las mujeres. Finalmente, en la suma de ambas escalas, solo el 16,6 % de los hombres y 17,6 % de las mujeres se categorizan dentro de Buena calidad de la alimentación (9).

Osuna – Padilla, Verdugo – Hernández en su estudio sobre el “Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social” Estudio comparativo, observacional, prospectivo y transversal en 91 adultos mayores. Se determinó el peso corporal, la estatura y medidas antropométricas 35 usuarios de una casa de día, 28 miembros de un centro cultural, y 28 residentes de dos asilos. Se observó una prevalencia de desnutrición del 32,1 %, 14,3 % y 3,5 % en institucionalizados, casa de día y adultos independientes, respectivamente. Un 93,2 % de la población estudiada padecía acúmulo de grasa a nivel visceral según el índice de cintura talla (ICT) (8).

1.4. DELIMITACIÓN DEL TEMA

Área:	Nutrición y Dietética
Aspecto:	Nutrición en el adulto mayor
Sujeto de Estudio:	Pacientes femeninas adulto mayores
Área Geográfica:	Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo.
Tiempo Estimado:	Julio – octubre 2.019 Salud Pública
Línea de Investigación FCS-UTM:	Alimentación y Salud Evaluación del estado nutricional
Sublínea de la Carrera:	comunitaria y de grupos especiales.

1.5. JUSTIFICACIÓN

La población de adultos mayores en el Ecuador está aumentando rápidamente en relación a cualquier otro grupo de edad, pues la esperanza de vida ha aumentado y actualmente oscila entre los 74 años para la población masculina y 79 años para la población femenina. Los adultos mayores femeninos son un grupo vulnerable de padecer alteraciones nutricionales, el presente trabajo investigativo es pertinente ya que una adecuada valoración del estado nutricional puede permitir detectar precozmente patologías, puesto que, durante el envejecimiento, se producen cambios corporales (aumento de masa grasa, disminución de masa magra), aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias, y coexisten enfermedades crónicas y agudas.

La deficiencia de hábitos alimentarios es una de las causas que influye en el deterioro del estado nutricional del adulto mayor, por lo tanto, esta investigación se justifica por la importancia que tiene el conocimiento de la malnutrición, debido a que esta constituye un problema frecuente en la población de los adultos mayores, este hecho puede influir en el pronóstico asociado a diversos procesos patológicos como el soporte nutricional.

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma en que se alimentó desde la infancia hasta la edad adulta. Estudios demuestran que cada diez años a partir de los 65 años el consumo energético total disminuye 100 calorías, ya que hay menor masa muscular y el ejercicio físico también se disminuye (26).

En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psicosocial que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras. Para lograr las metas propuestas se cuenta con la predisposición de los integrantes con un enfoque hacia la creatividad e interacción hacia la enseñanza más eficaz para la adquisición de conocimiento ya que se tendrá como objetivo único la evaluación de los adultos mayores con el propósito de aportar a la comprensión de los aspectos mencionados anteriormente para identificar procesos protectores y de riesgo en la salud.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación de los hábitos alimentarios con el estado nutricional en el adulto mayor femenino, Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo. Como parte de la metodología se tuvo el uso de cuestionario de frecuencia de alimentos el mismo que sirvió de base en la realización de la investigación esto con el fin de determinar referencias de interés para relacionarlo con las distintas variables de estudio, a su vez el método de valoración de la bioimpedancia eléctrica permitió determinar con más profundidad el estado nutricional del adulto mayor.

Su realización fue debido a que se contó con el apoyo del personal del centro geriátrico y con la información bibliográfica suficiente para el sustento de las variables de investigación, además de los recursos económicos necesarios para su ejecución. Con los resultados que se obtuvieron se beneficiarán de forma directa los adultos mayores femeninos bajo atención asistencial en el Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo y de forma indirecta el profesional que labora en este centro de salud.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación de los hábitos alimentarios con el estado nutricional en el adulto mayor femenino, Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los hábitos alimentarios de los adultos mayores femeninos mediante el método de frecuencia de consumo de alimentos.
- Caracterizar la composición corporal según componente grasa corporal y visceral a través del uso de la Bioimpedancia Eléctrica en la población de estudio.
- Identificar la influencia de los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional de adultos mayores femeninos.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de las personas es un fenómeno presente a lo largo del ciclo de vida, desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Es la suma de los diferentes cambios que se producen en las personas con el paso de los años y que conducen a un deterioro funcional (31). Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad. Los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento de las personas son complejos. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano (14,32).

Envejecer no es solo una duración en el tiempo; se presentan una serie de cambios biológicos y fisiológicos en el organismo de los seres humanos que hacen de los mayores una entidad con características específicas (33). En lo referente al plano biológico, el envejecimiento se asocia con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Así mismo, con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas (34).

El envejecimiento poblacional constituye en la actualidad, centro de atención a nivel internacional, problemática esta de la que difícilmente queda exonerada alguna sociedad del planeta. Adultos mayores han existido en todas las épocas, pero el envejecimiento poblacional es un fenómeno nuevo, poco conocido y que ya estamos viviendo (34).

La perspectiva de género en el estudio del envejecimiento es una necesidad dentro de la investigación y la teoría que lo estudia. El proceso de envejecer entre el sexo femenino y el sexo masculino, la vivencia y experiencia de vejez es una situación personal y vital claramente opuesta y muy diferente. *Buther* (1969) como se citó en Pérez, Rábago, Guzmán, Zamora (35), considera que hablar del envejecimiento de la mujer es hablar del envejecer de su cuerpo, de su belleza sinigual de lo que representa un cuerpo físico, y que en este trajinar y transitar del tiempo se trata de ocultar haciéndola en mucho de los casos invivible. Es así que el rechazo

social por el cuerpo de la mujer mayor va a niveles sorprendentes cuando el cuerpo de la mujer está condicionado a un mercado regido por la juventud y la delgadez.

A pesar de que el envejecimiento conlleva a cambios importantes de roles y relaciones de género estereotipados y perjudiciales para la mujer, existe un entendimiento de cómo estos roles y relaciones de género se desarrollan y modifican con el transcurso de los años, esto de acuerdo a diversas condiciones y contextos culturales, es lo que aumenta o disminuye la capacidad para responder y apoyar a los cambios en tanto se avanza en el empoderamiento de la mujer adulta mayor.

2.1.1. Alteraciones fisiológicas en el adulto mayor

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran diversidad de daños moleculares y celulares a lo largo de los años, y que hace que este lleve a un descenso gradual significativo de las capacidades físicas y mentales de los seres humanos, al aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente el deceso. (37)

La población envejece de forma acelerada, lo que conlleva una serie de cambios fisiológicos asociados, ya que hay un deterioro generalizado y progresivo de la mayoría de los sistemas y funciones corporales. Aparecen una serie de cambios en la composición corporal, con un aumento y redistribución de la masa grasa y un descenso de la masa magra. A la pérdida de masa y función muscular asociada a la edad se la conoce como «sarcopenia», síndrome caracterizado por el desgaste generalizado y progresivo del músculo esquelético (8,14,19). Generalmente se acompaña de inactividad física, de una disminución de la movilidad y de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia. Esto significa que el metabolismo basal disminuye (junto con el menor gasto calórico), de modo que las necesidades energéticas de una persona mayor son menores que las del adulto (38,32).

La función renal se reduce, y por tanto se registra un descenso moderado de la velocidad de filtración glomerular, esclerosis vascular y glomerular y menor capacidad de concentración de orina. En el sistema cardiovascular es característico el aumento de la rigidez arterial y del grosor de la pared ventricular, así como la disminución de la contractilidad del miocardio (14,38).

Los cambios en el sistema nervioso (además de ser muy frecuentes, y dependiendo de su magnitud) pueden ser importantes determinantes de discapacidad. El contenido intracraneano se mantiene porque disminuye la masa cerebral, pero aumenta el líquido cefalorraquídeo (8).

El oído, eje fundamental para la comunicación interpersonal, padece cambios anatómicos en la vejez, cuyos resultados perjudicarán a la persona en la relación con su entorno social por el consiguiente deterioro de la audición, provocando gran número de conductas de aislamiento (18).

2.1.2. Aspectos Sociodemográficos

En las décadas pasadas, la natalidad ha caído dramáticamente en casi toda la región y hoy se encuentra cerca o incluso por debajo de la tasa de reemplazo de 2,1 en la mayoría de los principales países de la región, incluyendo a Brasil, Chile y México (39). El resultado de esta transformación será una dramática desaceleración del crecimiento poblacional y un igualmente dramático envejecimiento de la población. La Organización de las Naciones Unidas proyecta que el porcentaje de la población latinoamericana de 65 años o más se triplicará para mediados de este siglo (8).

Familia y Hogar: Un 85 % de los adultos mayores vive acompañado, de preferencia con su cónyuge o pareja (65 %), pero también en un porcentaje relevante lo hace con al menos un hijo(a) (59 %) y/o con al menos un nieto(a) (41 %). Respecto del estado civil de las mujeres mayores de 60 años, un 39,3 % está casada, un 31,4 % viuda, 7,1 % separada y 14,5 % soltera. En el caso de los hombres mayores de 60 años, un 65,4 % está casado, un 10 % viudo, 5,6 % separado y 8 % soltero (35,40).

Participación social: Por otro lado, hay un fuerte interés por mantenerse activos socialmente; un 31,5 % de los adultos mayores participa activamente en organizaciones sociales, siendo las más frecuentes organizaciones de la iglesia, juntas de vecinos y agrupaciones de adultos mayores (39).

2.1.3. Clasificación adultos mayores

En los actuales momentos, se vive más tiempo en todo el mundo. Por primera vez en la historia, un gran porcentaje de la población, tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. (37). Después de la etapa de la infancia, la adolescencia y la edad adulta, se comienza hablar de envejecimiento. Anteriormente se solía decir que la etapa de la vejez comenzaba a los 65 años aproximadamente, en los actuales momentos se tiende a denominar “adultos mayores” a este intervalo de edad. Clásicamente se diferencian las siguientes etapas en la tercera edad: De 60 a 70 años, senectud; de 72 a 90 años, vejez; y, más de 90 años, grandes ancianos (41). El criterio expuesto no parece muy útil para definir la vejez, debido a que cada persona envejece a una edad diferente y dentro de cada vejez, se pueden distinguir varias etapas. Por otro lado, sentirse joven es parte de una vivencia emancipada de los años ya cumplidos.

Debido a la discrepancia de opiniones y ante la falta de unanimidad, este juicio cronológico dado por las edades, es utilizado solo en niveles estadísticos y epidemiológicos. Esto considerando que en cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento y se asume como ciertas determinadas definiciones basadas desde el imaginario social, esto ha originado interpretaciones erróneas y con esto un temor al temor de envejecer de las personas. (31).

En los actuales momentos, existe una tendencia de utilizar el criterio socio-laboral como una forma de definir la vejez, una vez que los individuos inicien su periodo de Jubilación. Por otra parte, esta definición también es relativa, debido incluso a que la edad en que el individuo cesa sus funciones, se encuentra en constantes cambios, esto dado que se es conscientes de que los seres humanos pueden conservar sus capacidades físicas, psíquicas y cognitivas más allá de los 65 años de edad. Por lo tanto, se puede decir que no existe ningún criterio que por sí solo defina o tipifique lo que es en realidad la vejez, en vista de que todos ellos se centran en un solo aspecto de la persona y no consideran la vejez de forma globalizada, como una expresión del fenómeno de envejecimiento del individuo en todo su conjunto (41).

2.2. HÁBITOS ALIMENTARIOS

Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades adecuadas para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas (42). Tratan de manifestaciones recurrentes de comportamiento individual y colectivo respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales (43).

El consumo de alimentos, al igual que los procesos de digestión, absorción y utilización de nutrientes por el organismo, depende de múltiples factores, los cuales interactúan para producir el balance entre el aprovechamiento biológico de nutrientes y los requerimientos, cuyo resultado final es el estado nutricional del individuo (44).

2.2.1. Hábitos alimentarios en los adultos mayores

Los hábitos alimentarios de los adultos mayores son diferentes a los del resto de la población, por un sinnúmero de factores como el estado físico, materiales con los cuales disponen como utensilios de cocina o tener una prótesis dental, entre otros elementos psicológicos y sociales que les afectan y que pueden influir en su estado nutricional (45).

La alimentación tiene un papel de relevante importancia en el proceso del envejecimiento de las personas. El estilo de vida de los adultos mayores y los malos hábitos alimentarios, dados principalmente por la pobreza, el aislamiento enfermedades crónicas y degenerativas, son situaciones complicadas que comprometen el consumo de alimentos y por ende su estado nutricional, afectando de forma negativa la funcionalidad del adulto mayor, lo que influye directamente en la reducción de su calidad de vida (21).

Estudios han demostrado que los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad principalmente en los adultos mayores, lo que hace que se incremente una mayor predisposición a infecciones, enfermedades crónicas y nutricionales asociadas con el envejecimiento; de igual forma, se disminuye la calidad de

vida de este grupo vulnerable, comprobando que son componentes fundamentales para la conservación de la autonomía funcional en el desarrollo de un envejecimiento exitoso (46).

2.3. ESTADO NUTRICIONAL

La nutrición es el resultado del proceso alimenticio que una vez consumidos, que el organismo aprovecha los nutrientes que contiene cada uno y con lo cual se forman los músculos, piel, tejidos, sangre entre otros; los mismos que producen energía que ayudan a mantener las funciones respiratorias y digestivas, lo que no necesita el organismo es rechazado y expulsado en las heces fecales y orina. La nutrición es el conjunto de procesos biológicos, merced de los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza elementos químicos contenidos en los alimentos (47).

El estado nutricional de un individuo, es el resultado de la interrelación entre el aporte nutricional que recibe, las demandas nutritivas que requiera que son necesarias para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas por las actividades físicas e intelectuales realizadas. La determinación del estado nutricional es una necesidad fundamental en la situación actual del desarrollo sanitario, dada la estrecha relación entre nutrición y salud. Desde el punto de vista de la medicina preventiva es fundamental la evaluación y supervisión en los distintos grupos fisiológicos y en el mayor porcentaje posible de población ubicada en un hábitat determinado (47).

En esta etapa de la vida resalta la importancia de la buena nutrición para mantener el estado de bienestar y sobre todo con el fin de evitar las enfermedades crónicas (48). La población anciana es nutricionalmente vulnerable y una gran parte padece malnutrición o está en riesgo de malnutrición. El estado nutricional de esta población es el resultado de una serie de factores que lo condicionan. Entre ellos destacan la dieta mantenida a lo largo de los años, el proceso fisiológico del envejecimiento, las alteraciones metabólicas, estados de morbilidad tanto crónicos como agudos, la toma de fármacos, el deterioro de la capacidad funcional y las situaciones psicosociales y económicas que mantienen a lo largo de la vida (32).

Algunos países han establecido planes estratégicos para luchar contra la desnutrición, desarrollando e implantando guías obligatorias en todos los niveles de la atención sanitaria, desde los centros de salud hasta los hospitales, sin olvidar los centros geriátricos (49,35). Ecuador es uno de los países de Latinoamérica en donde la atención médica al adulto mayor

forma parte esencial, sin embargo, el seguimiento nutricional, así como sus valoraciones recurrentes es bastante limitado en esta estrategia (8).

2.3.1. Requerimientos nutricionales y energéticos en adultos mayores

Por lo general, se pasan por alto los problemas de nutrición en el adulto mayor, lo que puede acarrear en serias complicaciones como son: deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina...), déficit de folato, desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica, entre otros. La carencia de nutrición adecuada, conlleva al deterioro cognitivo como deshidratación, desequilibrio del potasio, anemia y déficit de muchas de las vitaminas hidrosolubles. (50)

En la edad avanzada existe habitualmente un bajo nivel de actividad física, mientras la capacidad de absorción de la energía no se modifica. Estos hechos aconsejan una reducción de la ingesta energética en relación con la edad adulta para intentar impedir la tendencia a la obesidad, tan frecuente en esta franja de edad. No obstante, los requerimientos energéticos en la vejez habían sido infra estimados, y en la actualidad se acepta que estas necesidades oscilan entre el 1,4 y 1,8 del valor de la tasa de metabolismo basal (TMB) (8,51). Resulta evidente que, en el marco de los consejos globales de salud en la población anciana, la práctica de actividad física debe tener un importante papel y, por esta razón, es conveniente que el múltiplo de la TMB para calcular los requerimientos energéticos se acerque lo máximo posible a 1,8 (32).

2.3.1.1. Proteínas

Las necesidades de ingesta proteica en la población sana de edad avanzada apenas difieren de los requerimientos de la población de edad adulta, estos requerimientos oscilan entre 0,9 y 1,1 g/kg y día (32). La mayoría de las personas residentes en la comunidad no están en alto riesgo de desnutrición proteica o calórico-proteica pero los adultos mayores confinados en sus hogares y hospitalizados, así como los residentes de hogares de ancianos, están en riesgo de insuficiencia de proteínas (32).

2.3.1.2. Hidratos de carbono.

Los seres humanos adultos en los países de occidente obtienen aproximadamente la mitad de sus requerimientos calóricos diarios de los carbohidratos de la dieta; en otros países, el carbohidrato ha sido la principal fuente de energía (52).

Para estos grupos de edad, las recomendaciones dietéticas para los HC, al igual que en adultos, son de 130 g, provenientes fundamentalmente de alimentos que aporten azúcares complejos, puesto que su digestión es mucho más lenta y su índice glucémico es menor. Sin embargo, los monos y disacáridos pueden ser una fuente de energía muy útil en ancianos con anorexia (8).

-Hidratos de carbono simples: son hidratos de carbono simples diversos tipos de azúcares, como la glucosa y la sacarosa (azúcar de mesa).

-Hidratos de carbono complejos: tienden a proporcionar energía al cuerpo más lentamente, pero con mayor rapidez que las proteínas o grasas. Debido a que se digieren más lentamente que los hidratos de carbono simples, es menos probable que se conviertan en grasa.

2.3.1.3. Grasas

La cantidad total de triglicéridos dietéticos en la dieta norteamericana asciende, aproximadamente el rango comprendido entre los 80 g hasta 130 g/día. Además de la ingesta dietética, los lípidos ingresan al tubo digestivo tanto por vía de liberación de las células mucosas y por bilis, como a través de contribuciones bacterianas (53).

2.3.2. Micronutrientes no energéticos

Las ingestas recomendadas de minerales y vitaminas para las personas mayores sanas no son muy diferentes a las de los adultos, salvo ante determinados problemas de salud añadidos como la desnutrición, el alcoholismo o por la toma de múltiples medicamentos de los que habitualmente toman los mayores, que en unos casos interfieren la absorción de nutrientes (antiácidos) y en otras inhiben el apetito (diuréticos), etcétera (52).

Los minerales, se encuentran en forma ionizada en el cuerpo, aproximadamente el 4 % de la masa corporal se compone de minerales. Se clasifican en macro minerales que están presentes en el organismo (calcio, potasio, hierro, sodio y magnesio), siendo estos los que más necesita el organismo; y, micro minerales que se encuentran en el cobre, zinc, cobalto, cromo y fluoruro. Estos, cofactores necesarios para la función de las enzimas en el cuerpo. (52).

Las vitaminas son esenciales para el funcionamiento normal del metabolismo (crecimiento y desarrollo) y regulación de la función celular. Existen dos tipos de vitaminas, las liposolubles (solubles en grasa) o solubles en agua, si estas son producidas en exceso, se almacenan en los tejidos grasos del cuerpo (52). Los requerimientos de vitaminas y minerales junto con las enzimas y otras sustancias en la edad avanzada resulta más complejo para el anciano sano, por ello es necesario que estos sean óptimos para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles en este grupo poblacional (51).

En referencia a los métodos de valoración se tiene como objetivo el conocer, a partir de un listado de alimentos, la frecuencia de su consumo o grupo de éstos en un periodo de tiempo concreto. La selección de alimentos depende de los objetivos propuestos al valorar la frecuencia en el que este es consumido. En comparación con otras encuestas alimentarias, el cuestionario de frecuencia en el que se consume, ofrece una información menos precisa desde el punto de vista cuantitativo, pero más global, a la vez que abarca generalmente periodos de tiempo más amplios (54).

2.4. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Entre los adultos mayores, cambios muy sutiles en el estado nutricional pueden tener efectos adversos sobre su situación funcional y su calidad de vida. Este grupo poblacional es más susceptible que el de los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales, debido a una combinación de factores. Entre los que se encuentran no solamente los cambios fisiológicos que modifican sus requerimientos nutricionales y la utilización de los alimentos por el organismo, sino también a la coexistencia de enfermedades físicas y/o mentales, el aislamiento social, los cambios culturales y la situación de indefensión económica en la que muchos de ellos desarrollan su vida. En la práctica clínica, como no existe un solo marcador diagnóstico ni pronóstico, en la valoración del estado nutricional, utilizamos pruebas de cribado y de

valoración que incluyen parámetros clínicos, antropométricos, analíticos, índices nutricionales y pruebas de funcionalidad y de CC (55).

El cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA) es una de las encuestas dietéticas más empleadas en la anamnesis alimentaria. Este método es sencillo y barato, siendo su principal inconveniente la complejidad a la hora de cumplimentarlo y el tiempo requerido por parte del entrevistador y entrevistado. Para la aplicación definitiva de un CFCA es importante que este sea validado con el objetivo de alcanzar la máxima calidad de la información que se obtiene. La mayoría de los estudios de validación se realizan tomando como referencia otro método de valoración dietética. En este sentido el registro de pesada de alimentos (RPA) es el método de primera elección, el más utilizado y reconocido como referencia o *gold standard* ya que es uno de los más exactos debido a su proceso de pesada (9).

Un estado de nutrición adecuado favorece de forma positiva al mantenimiento de la función cardiovascular y músculo esquelética; en consecuencia, también a la independencia funcional, así como a un buen estado de salud que se refleja en una buena calidad de vida de la persona. El déficit nutricional aporta al aumento de la morbimortalidad asociada a numerosas enfermedades crónicas, así como también, empeora el pronóstico de las enfermedades agudas. Ante esta situación, es necesario identificar de forma precoz a los pacientes con riesgo de malnutrición para el establecimiento de medidas preventivas (56).

2.4.1. Valoración nutricional en el adulto mayor

La desnutrición es un problema de capital importancia en los mayores, especialmente en determinados colectivos como los muy mayores, que presentan múltiples enfermedades asociadas (comorbilidad) y en los que están polimedicados con motivo de éstas; hasta tal punto que la desnutrición o malnutrición mixta (proteico-calórica), dentro de la geriatría, adquiere tal protagonismo que constituye uno de los principales Síndromes Geriátricos (14,52,15).

La importancia de la desnutrición en los mayores viene dada por su elevada prevalencia y sobre todo por las múltiples complicaciones que desarrolla, siendo la responsable de numerosos procesos infecciosos, de la aparición de úlceras por presión, de la pérdida de capacidad funcional, de un mayor número de ingresos hospitalarios, con estancias medias más prolongadas, y de unas mayores tasas de mortalidad (53). Ningún marcador de la valoración

nutricional, permite valorar el estado nutricional de forma independiente y permanente, ajena a los problemas o enfermedades orgánicas (9).

Se hizo uso del Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional del adulto mayor. Aunque el mayor atractivo de la antropometría en la evaluación del estado nutricional es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria, las mediciones aisladas son de limitado valor (52). Estas medidas son difíciles de evaluar en adultos mayores considerando que la función y problema de salud asociados, son aún materia de debate. Más aún, las medidas antropométricas puede que no aporten una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral que ocurre con la edad. Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el adulto mayor son: peso, talla, pliegues tricípital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla (53,52).

Peso y talla: El peso y la talla han sido las mediciones más corrientemente utilizadas, considerándose que solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutritivo global, pero no indican necesariamente, las modificaciones que ocurren en cada uno de los compartimentos del cuerpo (52).

IMC: Este indicador es simple y útil y presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con masa magra. El IMC ideal para los ancianos no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 kg/m². No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables (34). Estos puntos de corte se modificaron para la población de México de acuerdo a la propuesta manejada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas de la Nutrición Salvador Zubirán, que los clasifica como: muy bajo peso (menos de 19 kg/m²), bajo peso (de 19 a 21 kg/m²), normal (más de 21 a 23 kg/m²) y sobrepeso (mayor de 27 kg/m²) (53).

2.4.1.1. Bioimpedancia Eléctrica

Los estudios de Bioimpedancia Eléctrica (BIA) se basan en la estrecha relación que hay entre las propiedades eléctricas del cuerpo humano, la composición corporal de los diferentes tejidos y del contenido total de agua en el cuerpo. Como todos los métodos indirectos de estimación de la composición corporal, la BIA depende de algunas premisas relativas a las propiedades eléctricas del cuerpo, de su composición y estado de maduración, su nivel de hidratación, la edad, el sexo, la raza y la condición física (19).

La BIA es una técnica simple, rápida y no invasiva que permite la estimación del agua corporal total (ACT) y, por asunciones basadas en las constantes de hidratación de los tejidos, se obtiene la masa libre de grasa (MLG) y por derivación, la masa grasa (MG), mediante la simple ecuación basada en dos componentes ($MLG \text{ kg} = \text{peso total kg} - MG \text{ kg}$) (14). En el área de las ciencias del deporte es posible medir el ACT en diferentes situaciones, tanto en estados de hidratación normal como de deshidratación, así como para evaluar la composición corporal en diversos estados clínicos y nutricionales relacionados con la actividad física y el entrenamiento (9).

2.4.2. Composición corporal

La composición corporal es un índice para evaluar el estado nutricional. La composición corporal permite cuantificar los grandes componentes estructurales del cuerpo: tejido óseo, muscular y grasa, estableciendo una relación entre masa magra y masa grasa. Los primeros estudios de la composición corporal dividían la masa corporal total en cuatro compartimientos que, sumados, correspondían al total de masa corporal; esqueleto, piel más tejido subcutáneo, tejido músculo – esquelético y lo que fue denominado como el resto. Actualmente, se habla de un modelo de doble compartimiento, conformado de masa libre de grasa (masa magra) y la masa corporal compuesta de grasa (19).

2.4.2.1. Masa magra

Está constituida por la masa muscular, masa ósea y masa visceral y se calcula restándole a la masa corporal en kilos la masa grasa en kilos. La masa muscular corresponde entre el 40 y 50 % del peso total de la masa magra. También contiene una cierta cantidad de grasa esencial,

alrededor de un 3 % ubicada en cerebro y médula espinal, huesos y órganos internos. Para el estudio de la composición corporal existen variados procedimientos científicos. Una forma de clasificar estos métodos para la determinación de la composición del cuerpo, es agrupándolos como métodos directos, indirectos y doblemente indirectos (52)

2.4.2.2. Masa grasa

La grasa es un componente del cuerpo humano que se acumula en forma de tejido graso o adiposo. En la actualidad se reconoce que el tejido adiposo (TA), además de ser la reserva de lípidos, es un órgano endocrino que produce una variedad de hormonas y citoquinas que regulan el metabolismo e influyen en la composición corporal. Recientemente, el TA está surgiendo como fuente importante de células madre adultas (35).

La distinción entre grasa y TA en el lenguaje corriente es normalmente irrelevante, y los términos se usan indistintamente. Sin embargo, en el campo de la composición corporal y el metabolismo, "grasa" y TA son distintos términos, y la distinción semántica es importante cuando se determina la masa o se estudian las características metabólicas (52).

2.5. MARCO CONCEPTUAL

Alimentación: La alimentación es el conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo. Abarca la selección de alimentos, su cocinado y su ingestión. Depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, situación socioeconómica, aspectos psicológicos, publicidad, moda, etc. (57)

Envejecimiento: se define como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos (39).

Estado nutricional: Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes (19)

Evaluación nutricional: La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas (10).

Malnutrición: Se denomina malnutrición a la condición que se produce como consecuencia de una dieta insuficiente o inconveniente o como resultado de un problema metabólico que impide el procesamiento correcto de los alimentos (53)

Nutrición: Nutrición es la ciencia que comprende todos aquellos procesos mediante los cuales el organismo incorpora, transforma y utiliza, las sustancias químicas (nutrientes) contenidas en los alimentos (24)

Nutrientes: Nutriente es aquello que aumenta la sustancia del cuerpo animal o vegetal. Se trata de productos químicos que proceden del exterior de la célula y que ésta requiere para poder desarrollar sus funciones vitales (57).

Requerimientos Nutricionales: Los requerimientos nutricionales son las necesidades que los organismos vivos tienen de los diferentes nutrientes para su óptimo crecimiento, mantenimiento y funcionamiento en general (38).

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación tuvo una modalidad, no experimental. Mediante la observación se determinó las variables de interés, no se realizó una manipulación deliberada en las mismas.

Fue cuantitativa, por cuanto se hizo uso del cuestionario de frecuencia de alimentos y la información que se obtendrá de la técnica de la bioimpedancia, con lo cual se determinarán los datos cuantitativos de las variables para su posterior interpretación y análisis.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Fue un estudio Prospectivo, debido a que una vez identificados los participantes en la investigación, se les hizo seguimiento durante el tiempo de investigación.

Fue correlacional, porque se buscó determinar la relación entre las variables de estudio; es decir, como los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional de las adultas mayores.

Es Transversal, porque mediante el uso de las técnicas de la bioimpedancia eléctrica y el cuestionario de frecuencia de alimentos, se determinó el estado nutricional de las adultas mayores durante el periodo de tiempo y espacio establecido para el estudio.

3.3. PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo”, en el periodo de julio a diciembre de 2019.

3.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se realizó los respectivos oficios para la institución, para obtener el permiso necesario. Los datos se recolectaron aplicando la Técnica de bioimpedancia eléctrica, cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y ficha de recolección de datos, dedicado a obtener información a través de un sistema de preguntas, estructurados en formularios impresos que el informante responderá.

3.4.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información fue de tipo secundario ya que se obtuvo de la aplicación del cuestionario modificado de frecuencia de alimentos mismo que fue de utilidad para relacionar las variables en estudio y su posterior análisis

3.4.2. MÉTODOS

3.4.2.1. Métodos Teóricos:

Histórico - lógico: Este método se aplicó en la investigación de las causas y factores que afectan en el estado nutricional que se originaron a causa de una alimentación inadecuada en los adultos mayores femeninos bajo atención asistencial en el Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo.

Analítico-sintético. Se procedió a la selección de la información de relevancia para el estudio tanto en fuentes bibliográficas como aquella evidenciada en la aplicación del instrumento de recolección de información para su posterior análisis y discusión.

3.4.2.2. Métodos Empíricos:

Observación científica: Elemento primordial en el proceso investigativo, el cual permitió obtener información y datos precisos que facilitaron tener ideas claras mediante la observación de bases de datos ya plasmados y de esta forma poder realizar un seguimiento de su régimen de alimentación.

La medición: Permitió obtener la información sobre los posibles hábitos alimentarios de los adultos mayores femeninos bajo atención asistencial en el Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo se aplicó la encuesta de Frecuencia de Consumo de Alimentos. Para la evaluación del estado nutricional de la población en estudio se procedió a la toma de peso, talla, IMC, porcentaje de grasa corporal y visceral.

3.4.3. TÉCNICAS

Mediante el diseño de una ficha se logró la elaboración de la ficha de recolección de datos que fue de utilidad para la recopilación de la información necesaria y vital en la investigación que determinó las conclusiones del estudio, así mismo se aplicó la técnica de bioimpedancia eléctrica y el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos

3.4.4. INSTRUMENTOS

Como instrumento se utilizaron:

Balanza de control corporal OMRON: Fácil de usar y está diseñado para uso personal en hogar. La balanza calcula los valores aproximados del porcentaje de grasa corporal, el porcentaje de músculo esquelético, el metabolismo basal (en reposo) y el nivel de grasa visceral utilizando el método de IB (Impedancia bioeléctrica). La balanza también calcula el IMC (Índice de masa corporal) y la edad corporal, además del peso.

Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) Modificado: Permite obtener información del modelo de consumo habitual a largo plazo en poblaciones grandes. Además de tratarse de un método relativamente barato, rápido y fácil de aplicar. Exige un menor esfuerzo por parte del entrevistado que otros métodos, no altera el patrón de consumo habitual y permite extraer información sobre la influencia de la variabilidad estacional o incluso intersemanal. Su formato fue adaptado del cuestionario de frecuencia para evaluar ingesta alimentaria de la Universidad de Antioquía, Colombia en el año 2011, en el cual se realizaron modificaciones acordes al grupo de estudio.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

El universo estuvo conformado por 120 adultos mayores de ambos sexos en atención ambulatoria en el Centro Geriátrico Teresa Sánchez, perteneciente IESS Portoviejo, para los efectos de la presente investigación y de modo intencional se definió dos poblaciones según el sexo, femenino y masculino.

3.5.1. MUESTRA DE ESTUDIO

La muestra para el estudio se tomó de manera intencional, debido a que no se la determinó con fórmulas, sino que obedeció a ciertos criterios como la totalidad de las gerontes femeninas, es decir un número de 90 de las cuales se excluyeron 15 por presentar discapacidad física, tienen marcapasos o evidencia rechazo para participar en la investigación. De acuerdo a lo expuesto se excluye el procedimiento de muestreo teniendo en cuenta que son sujetos con fácil acceso a cada uno de ellos, muestran interés y motivación personal por acogerse al estudio que se realizó, es de interés de la institución geriátrica su evaluación, así como la aplicación de los procedimientos de recogidas de datos y análisis no representó condiciones económicas limitantes para los investigadores.

3.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres adultas mayores que asisten al Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo.
- Mujeres Adultos mayores que acepten participar en el presente estudio.
- Pacientes menores de 80 años de edad.

3.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores femeninos que impidan la realización de la valoración mediante Bioimpedancia Eléctrica; edemas en miembros inferiores.
- Adultos mayores en estado de demencias avanzadas como alzhéimer.
- Mujeres adultas mayores con discapacidad física como paraplejia, distrofia muscular, parálisis cerebral, amputaciones. Discapacidades que limitan la participación en el

desarrollo del proyecto debido a la pérdida de funcionalidad y articulación de sus miembros.

- Mujeres adultas mayores con marcapasos.
- Mujeres adultas mayores con evidente rechazo.

3.5.1.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Se niega a realizar las actividades solicitadas por desmotivación.
- Que no asista al día de la valoración por olvido o falta de interés.
- Mujeres que fallecen en el proceso.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Operacionalización: Hábitos alimentarios

VARIABLE DEPENDIENTE

Tabla 1: Operacionalización: Estado Nutricional en el adulto mayor femenino Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo

OBJETIVOS O HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO O TÉCNICA
Evaluar la relación de los hábitos alimentarios con el estado nutricional en el adulto mayor femenino, Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo	INDEPENDIENTE: HÁBITOS ALIMENTARIOS	PREFERENCIAS Y GUSTOS ALIMENTARIOS	GRUPOS DE ALIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Lácteos - Huevos, carnes y pescados - Frutas - Leguminosas y harinas - Verduras y Hortalizas - Aceites o grasas - Dulces y postres - Misceláneas - Bebidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal 	Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos
		RÉGIMEN DIARIO DE ALIMENTACIÓN	FRECUENCIA DE COMIDAS	<ul style="list-style-type: none"> - 2 comidas - 3 comidas - 5 comidas - Más de 5 comidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa / Intervalo 	
			LÁCTEOS	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa / Intervalo 	
			HUEVOS, CARNES Y PESCADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa / Intervalo 	
			FRUTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa / Intervalo 	

		GRUPOS DE ALIMENTOS	LEGUMINOSAS Y HARINAS	- Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6)	• Cuantitativa / Intervalo	
			VERDURAS Y HORTALIZAS	- Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6)	• Ordinal	
			ACEITES Y GRASAS	- Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6)	• Ordinal	
			DULCES Y POSTRES	- Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6)	• Ordinal	
			MISCELÁNEA	- Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6)	• Ordinal	
			BEBIDAS	- Casi nunca - Mes (1 – 2 – 3 veces) - Semana (1 – 2; 2-4; 5-6) - Día (2-3; 4-6)	• Ordinal	
	DEPENDIENTE: ESTADO NUTRICIONAL	COMPOSICIÓN CORPORAL	IMC	- Bajo peso (< 18.5) - Normal (18.5 a 24.9) - Sobrepeso (25 a 29.9) - Obesidad GI (30 a 34.9) - Obesidad GII (35 a 39.9) - Obesidad GIII (>40)	• Ordinal	Impedancia Bioeléctrica
			GRASA CORPORAL	- Bajo (<24.0) - Normal (24.0-35.9) - Elevado (36.0-41.9) - Muy Elevado (>42)	• Ordinal	
			GRASA VISCERAL	- Normal (<9) - Alto (10 a 14) - Muy Alto (>15)	• Ordinal	

3.7. PROCEDIMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Para poder llevar a cabo la investigación se pidió el siguiente criterio ético: Autorización de directora del Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo; así como también el respectivo consentimiento informado de cada adulto mayor.

Para la evaluación del estado nutricional se utilizó Bioimpedancia Eléctrica y medición de talla.

La recolección de información se dividió en 2 fases:

Valoración por Bioimpedancia Eléctrica: Para obtener los datos, se subió a la plataforma de medición y colocar los pies en los electrodos de los pies de manera que su peso quede distribuido uniformemente, para obtener estos datos, el paciente debió quitarse los zapatos y la ropa pesada, en cuanto a la estatura (cm), el adulto mayor tuvo que quitarse los zapatos y se colocó derecho con los talones juntos; los talones, glúteos y hombros pegados al estadímetro tomando la medida con el paciente bien erguido.

Aplicación de cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos: Se entregó a cada uno de los participantes el cuestionario, se dio las indicaciones del mismo, el cual consistió en indicar con una X la opción que deseaban. Se tomó 41 alimentos, con 9 opciones de respuestas.

Los datos fueron recolectados de forma manual por los autores de esta investigación para luego procesarlos ordenadamente mediante el programa Microsoft Excel 2016, se utilizó el programa SPSS para la determinación de la correlación de los datos obtenidos.

Con los datos recolectados se realizó la tabulación y análisis; se presentaron los resultados en cuadros estadísticos y gráficos, calculando la frecuencia absoluta y el porcentaje, con una explicación detallada de los mismos.

3.7.1. Resultados de la aplicación de la Ficha de Recolección de Datos

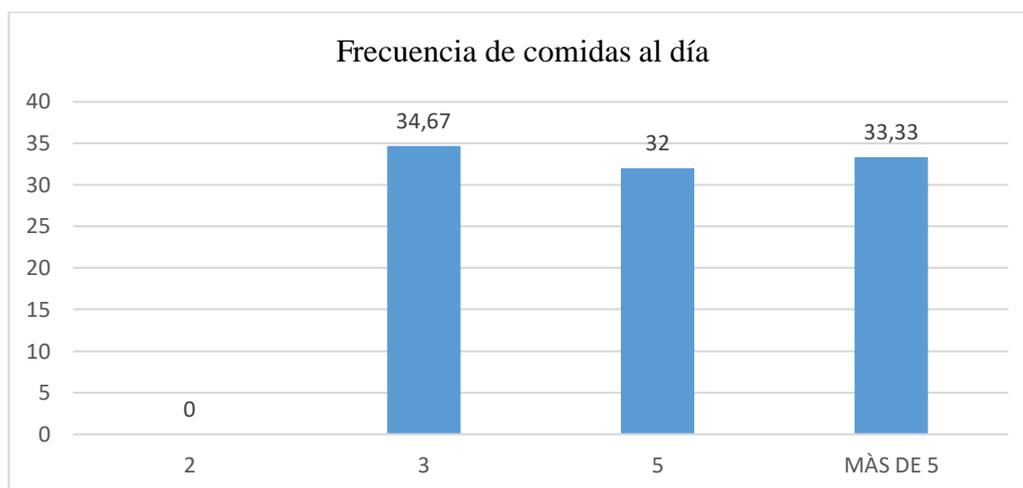
Tabla 2: Frecuencia de comidas al día de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

FRECUENCIA DE COMIDAS AL DÍA				Total
2	3	5	Más de 5	
0	26	24	25	75.00
0	34.67	32	33.33	10.00

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 1: Frecuencia de comidas al día de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

Los siguientes resultados se obtuvieron luego de la aplicación de la Ficha de Recolección de Datos a los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, para determinar la frecuencia de comidas al día, de los cuales se detalla lo siguiente: casi el 35 % cuya frecuencia es 26 consumen 3 comidas al día, el 33% con frecuencia de 25 personas consumen 5 comidas al día y el 32 % cuya frecuencia es 24 consumen más de 5 comidas al día.

3.7.2. Resultados de la aplicación del Cuestionario Frecuencia de Consumo de Alimentos

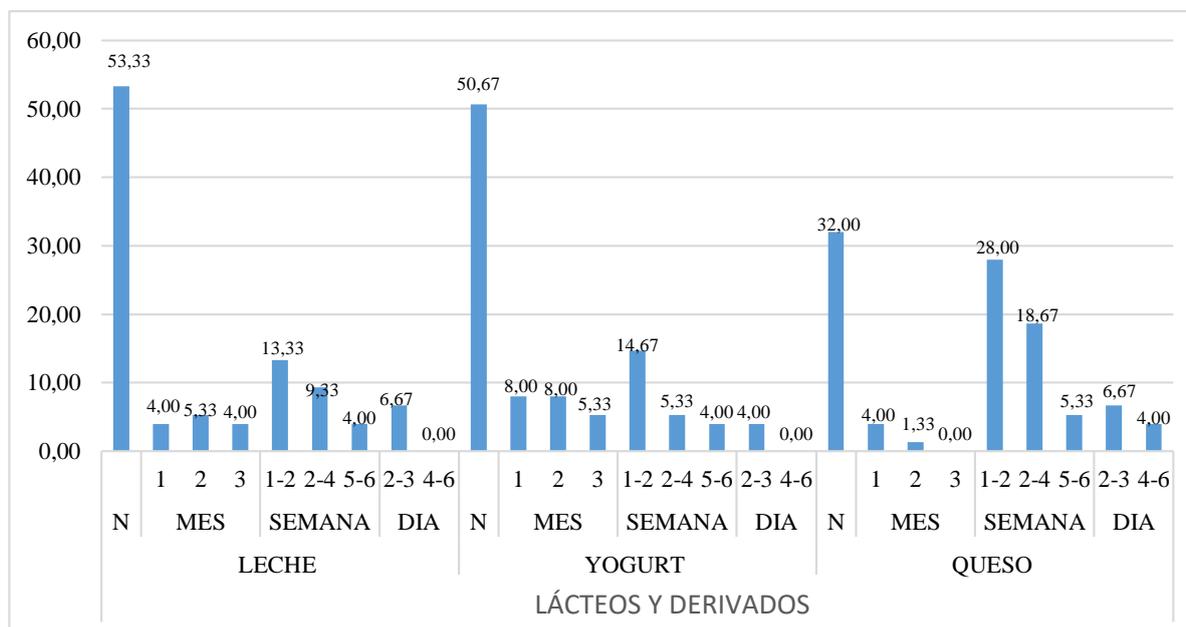
Tabla 3: Consumo de Lácteos y derivados de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

LECHE Y DERIVADOS																																
LECHE										YOGURT						QUESO																
N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL	N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL	N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1	2			3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6				
40	3	4	3	10	7	3	5	0	75	38	6	6	4	11	4	3	3	0	75	24	3	1	0	21	14	4	5	3	75			
%	53,33	4,00	5,33	4,00	13,33	9,33	4,00	6,67	0,00	100,00	50,67	8,00	8,00	5,33	14,67	5,33	4,00	4,00	0,00	100,00	32,00	4,00	1,33	0,00	28,00	18,67	5,33	6,67	4,00	100,00		

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 2: Consumo de Lácteos y derivados de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

Se aplicó el Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos a los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, obteniendo los siguientes resultados: con un 53 % cuya frecuencia es 40 se encuentran las adultas mayores que nunca o casi nunca consumen leche; casi el 51 % con una frecuencia de 38 se encuentran las adultas mayores que nunca o casi nunca consumen yogurt y el 32 % una frecuencia de 24 se encuentran las adultas mayores que nunca o casi nunca consumen queso.

Tabla 4: Consumo de huevos, carnes, pescado de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

HUEVOS, CARNES, PESCADOS																															
HUEVO DE GALLINA									TOT AL	POLLO									TOT AL	CARNE DE RES											
N	MES			SEMANA			DIA			N	MES			SEMANA			DIA			N	MES			SEMANA			DIA				
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			
9	2	4	2	16	35	3	1	3	75	11	1	4	5	26	21	4	2	1	75	29	8	5	4	20	6	0	3	0			
%	12,0	2,7	5,3	2,7	21,3	46,7	4,0	1,3	4,0	100,0	14,7	1,3	5,3	6,7	34,7	28,0	5,3	2,7	1,3	100,0	38,7	10,7	6,7	5,3	26,7	8,0	0,0	4,0	0,0		

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

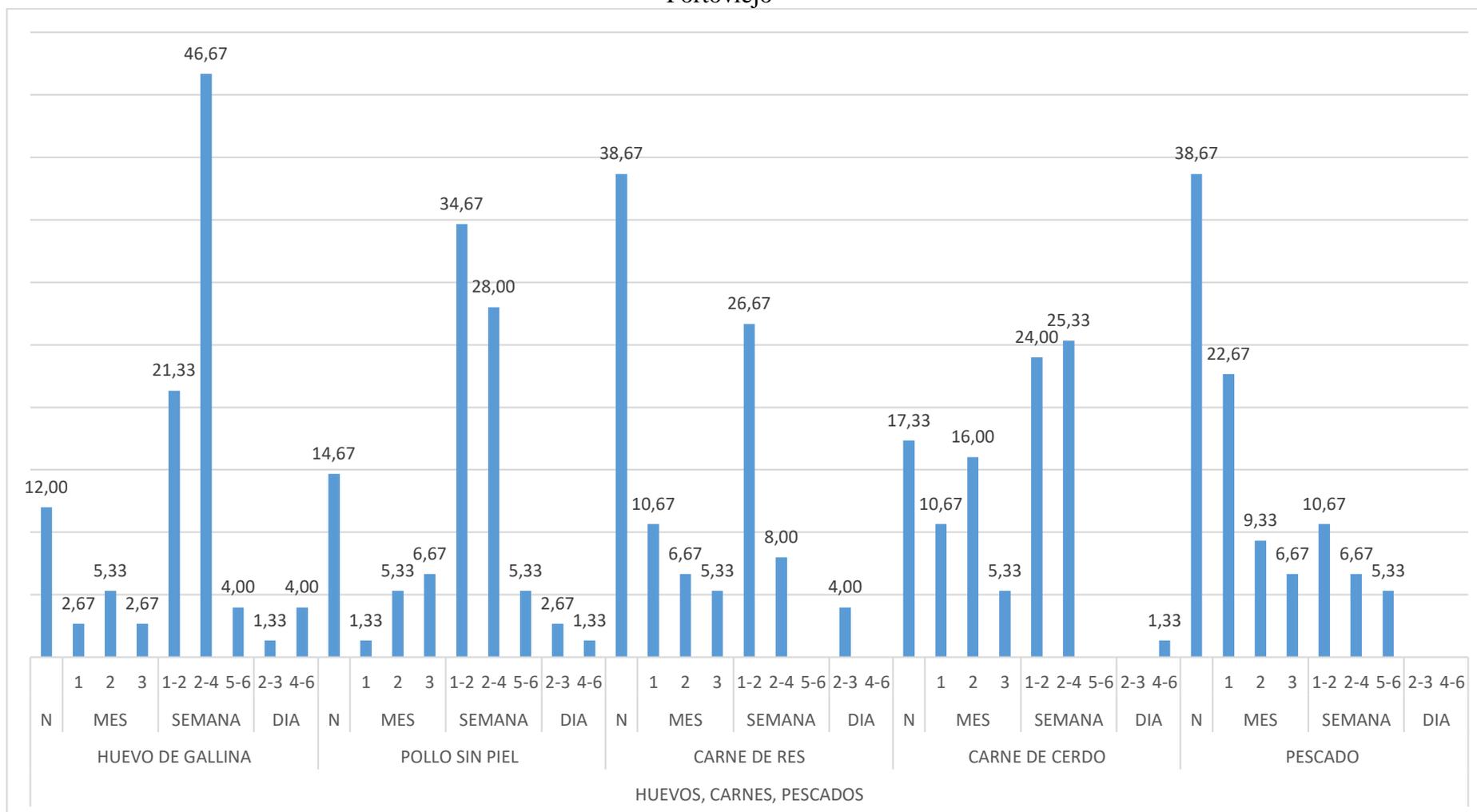
Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

CARNE DE CERDO																						PESCADO									
TOTAL	N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL	N	MES			SEMANA			DIA		TOTAL										
		1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6												
		75	13	8	12	4	18	19	0	0			1	75	29	17	7	5	8	5		4	0	0	75						
%	100,0	17,3	10,7	16,0	5,3	24,0	25,3	0,0	0,0	1,3	100,0	38,7	22,7	9,3	6,7	10,7	6,7	5,3	0,0	0,0	100,0										

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 3: Consumo de huevos, carnes, pescados de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

Los siguientes resultados se obtuvieron luego de la aplicación del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos a los adultos mayores femeninos del Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo, para determinar la frecuencia de comida con respecto a huevo, carne o pescado, de los cuales se detalla lo siguiente: el 46,67 % cuya frecuencia es 35 consumen huevo de 2-4 veces a la semana; casi el 35 % con una frecuencia de 26 consumen pollo de 1-2 veces a la semana; mientras que aproximadamente el 39 % cuya frecuencia es 29 adultas mayores nunca o casi nunca consumen carne de res; el 25 % con una frecuencia es 19 consumen carne de cerdo de 1-2 veces a la semana mientras que casi el 39 % con frecuencia de 29 nunca o casi nunca consumen pescado.

Tabla 5: Consumo de legumbres y harinas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

LEGUMINOSAS Y HARINAS																															
LENTEJAS										TOTAL	PAN										TOTAL	CHOCLO						TOTAL			
N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA		
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1	2			3	1-2	2-4	5-6	2-3		4-6		
6	22	10	9	20	7	0	1	0	75	23	2	5	9	10	17	1	6	2	75	14	8	7	3	29	12	2	0	0	75		
%	8,00	29,3	13,3	12,0	26,6	9,3	0,0	1,3	0,0	100	30,7	2,7	6,7	12,0	13,3	22,7	1,3	8,0	2,7	100	18,7	10,7	9,3	4,0	38,7	16,0	2,7	0,0	0,0	100	

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

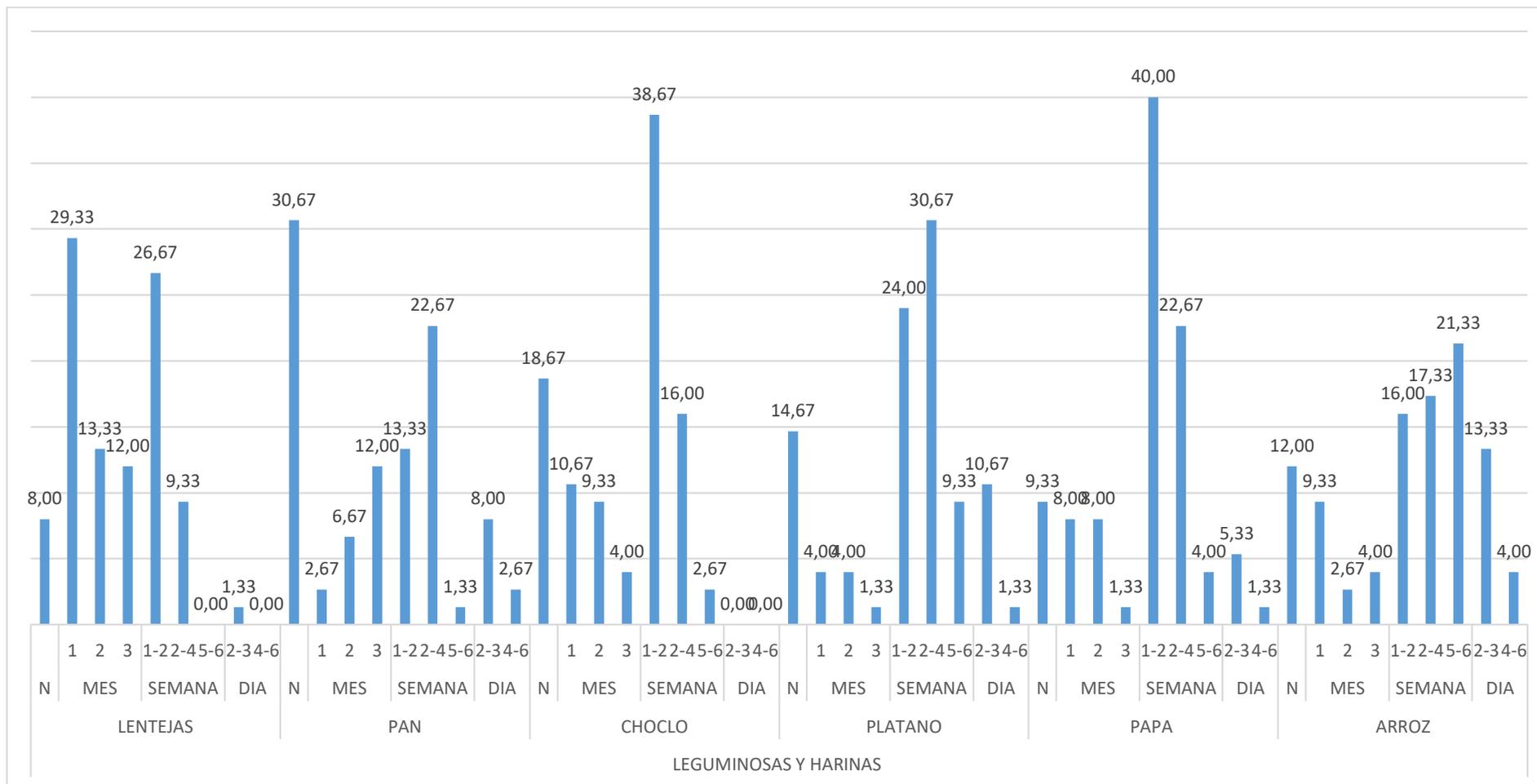
Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

LEGUMINOSAS Y HARINAS																															
PLATANO										TOTAL	PAPA										TOTAL	ARROZ						TOTAL			
N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA		
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1	2			3	1-2	2-4	5-6	2-3		4-6		
11	3	3	1	18	23	7	8	1	75	7	6	6	1	30	17	3	4	1	75	9	7	2	3	12	13	16	10	3	75		
%	14,7	4,0	4,0	1,3	24,0	30,7	9,3	10,7	1,3	100	9,3	8,0	8,0	1,3	40,0	22,7	4,0	5,3	1,3	100	12,0	9,3	2,7	4,0	16,0	17,3	21,3	13,3	4,0	100	

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 4: Consumo de leguminosas y harinas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

Los siguientes resultados se obtuvieron luego de la aplicación del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos a los adultos mayores femeninos del Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo, para determinar la frecuencia de comida con respecto leguminosas y harinas, de los cuales se detalla lo siguiente: el 29,33 % cuya frecuencia es 22 consumen lentejas 1 vez al mes; casi el 31 % con una frecuencia de 23 nunca o casi nunca consumen pan; aproximadamente el 39 % cuya frecuencia es 29 adultas mayores consumen choclo 1-2 veces a la semana; casi el 31 % con una frecuencia es 23 consumen plátano de 2-4 veces a la semana; mientras que el 40 % cuya frecuencia es 30 consumen papa de 1-2 veces a la semana y el 21 % con una frecuencia de 16 consumen arroz de 5 a 6 veces por semana.

Tabla 6: Consumo frutas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

FRUTAS																															
NARANJA - MANDARINA										TOTAL	BANANO								TOTAL	MANZANA O PERA									TOTAL		
N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA		N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL	
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			
	4	11	6	5	6	20	3	19	1			75	7	1	6	5	5	24			7	17	3	75	14	7	4	2			11
%	5,3	14,7	8,0	6,7	8,0	26,7	4,0	25,3	1,3	100,0	9,3	1,0	8,0	6,7	6,7	32,0	9,3	22,7	4,0	100,0	18,7	9,3	5,3	2,7	14,7	34,7	4,0	9,3	1,3	100,0	

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

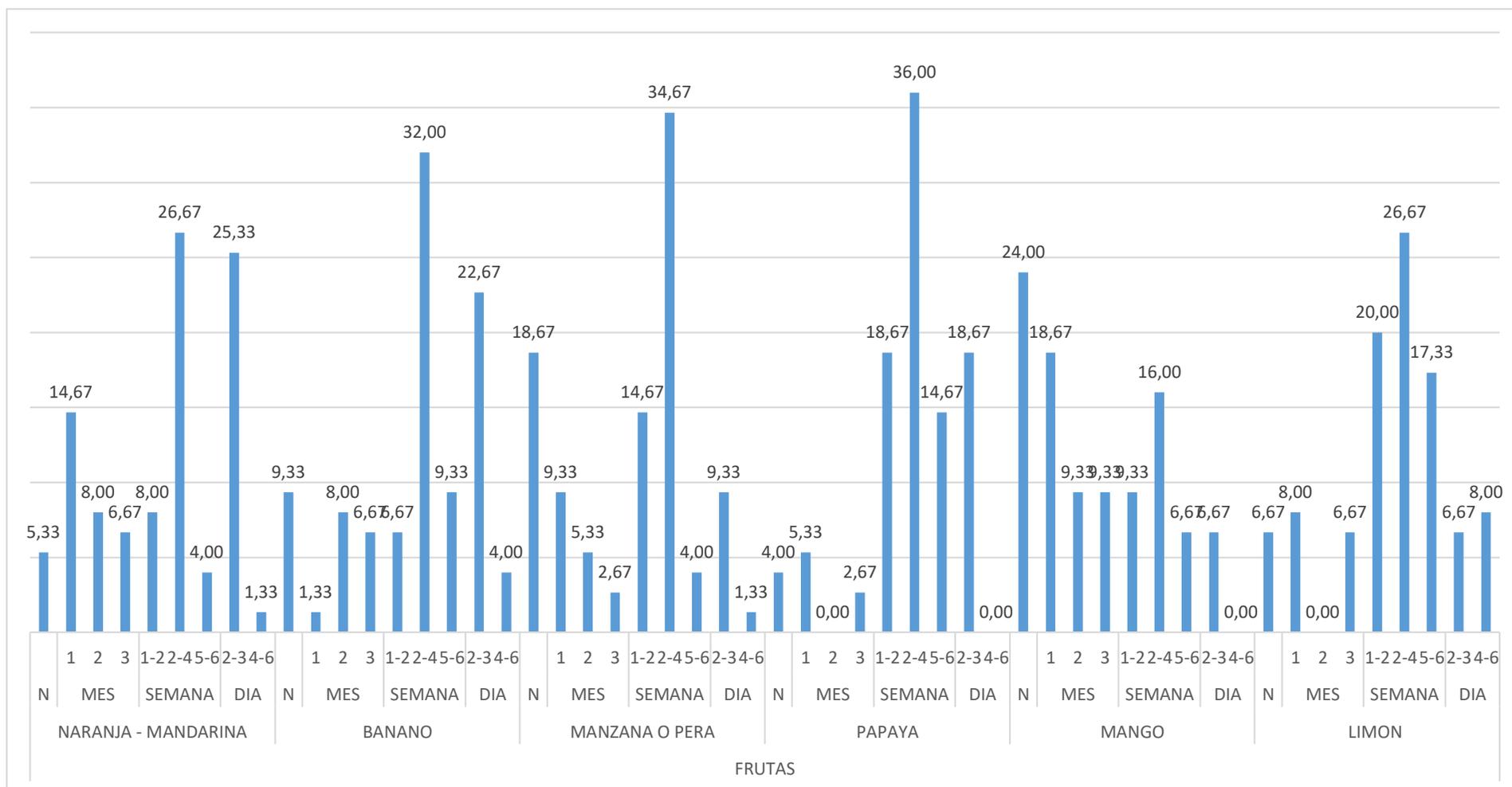
Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

FRUTAS																															
PAPAYA										TOTAL	MANGO								TOTAL	LIMON									TOTAL		
N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA		N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL	
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			
	3	4	0	2	14	27	11	14	0			75	18	14	7	7	7	12			5	5	0	75	5	6	0	5			15
%	4,0	5,3	0,0	2,7	18,7	36,0	14,7	18,7	0,0	100,0	24,0	18,7	9,3	9,3	9,3	16,0	6,7	6,7	0,0	100,0	6,7	8,0	0,0	6,7	20,0	26,7	17,3	6,7	8,0	100,0	

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 5: Consumo de frutas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

En lo que respecta al consumo de frutas, se aplicó el Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos a los adultos mayores femeninos del Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo, lo que arrojó el siguiente resultado: para determinar la frecuencia de comida con respecto al consumo de frutas, de los cuales se detalla lo siguiente: casi el 27 % con frecuencia de 20 adultas mayores consumen naranja y/o mandarina de 2-4 veces a la semana; el 32 % con frecuencia de 24 consumen banano de 2-4 veces a la semana; el 34 % cuya frecuencia es 26 consumen manzana y/o pera de 2-4 veces a la semana; el 36 % con frecuencia de 27 consumen papaya de 2-4 veces a la semana; el 24 % cuya frecuencia es 18 nunca o casi nunca consumen mango y el aproximadamente 26,67 % con frecuencia de 20 adultas mayores consumen limón de 2 a 4 veces a la semana.

Tabla 7: Consumo de verduras y hortalizas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

VERDURAS Y HORTALIZAS																														
ESPINACA										TOTAL	TOMATE ROJO								TOTAL	ZANAHORIA								TOTAL		
N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA		N	MES			SEMANA			DIA			
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3		4-6	
7	9	10	4	30	10	4	1	0	75	5	2	8	3	7	21	10	11	8	75	14	6	6	6	10	15	6	10	2	75	
%	9,3	12,0	13,3	5,3	40,0	13,3	5,3	1,3	0,0	100,0	6,7	2,7	10,7	4,0	9,3	28,0	13,3	14,7	10,7	100,0	18,7	8,0	8,0	210,7	13,3	20,0	8,0	397,3	2,7	100,0

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

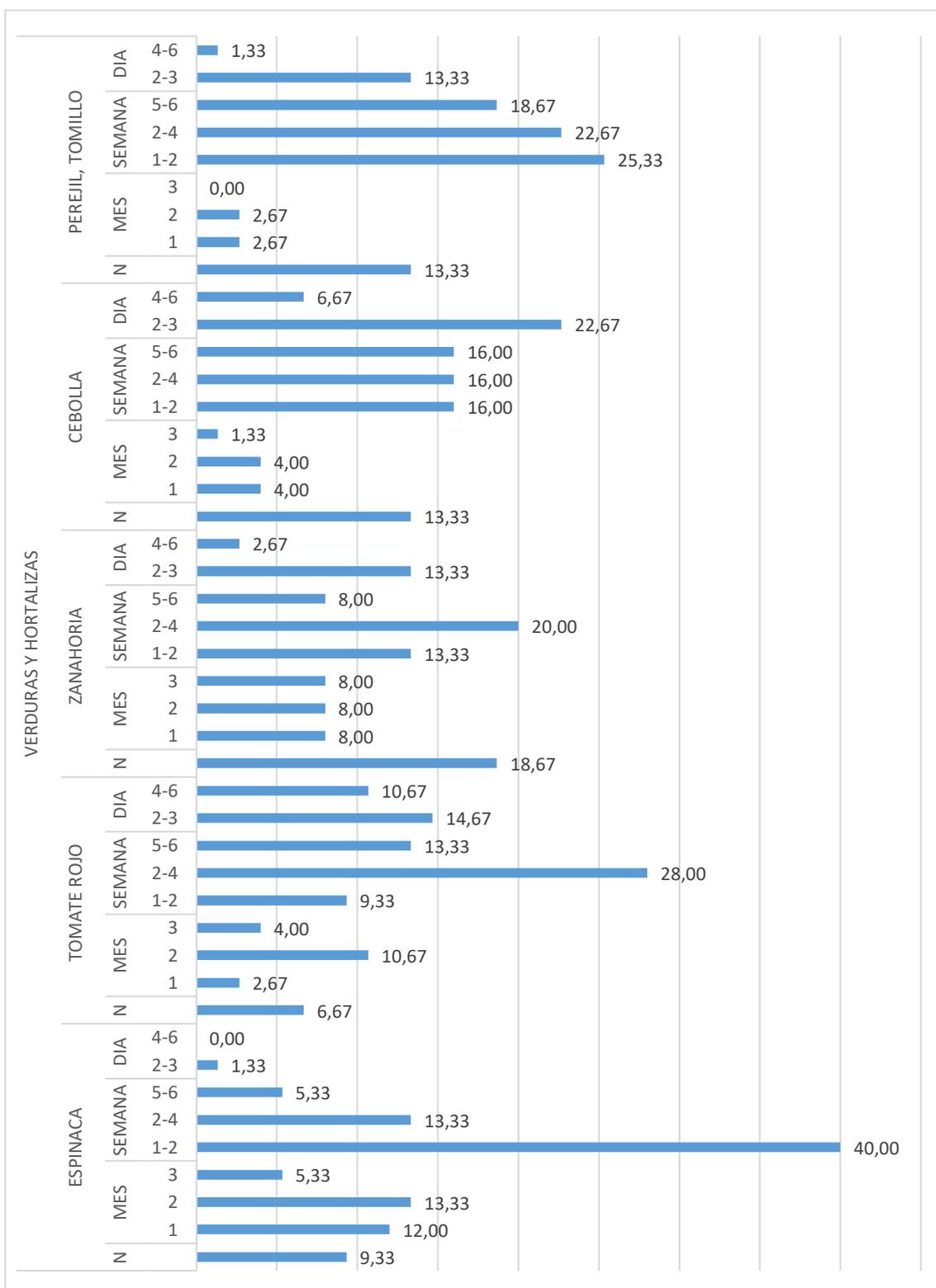
Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

VERDURAS Y HORTALIZAS																				
CEBOLLA										TOTAL	PEREJIL, TOMILLO								TOTAL	
N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA		
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6		
10	3	3	1	12	12	12	17	5	75	10	2	2	0	19	17	14	10	1	75	
%	13,3	4,0	4,0	1,3	16,0	16,0	16,0	22,7	6,7	100,0	13,3	2,7	2,7	0,0	25,3	22,7	18,7	13,3	1,3	100,0

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 6: Consumo de verduras y hortalizas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

El Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos aplicada a los adultos mayores femeninos del Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo, arroja como resultado: el 40 % con frecuencia de 30 consumen espinaca de 1-2 veces a la semana; el 28 % con frecuencia de 21 consumen tomate de 2-4 veces a la semana; el 20 % cuya frecuencia es 15 consumen zanahoria de 2-4 veces a la semana; casi el 23 % con frecuencia de 17 consumen cebolla de 2-3 veces a la semana y el 25 % cuya frecuencia es 19 consumen perejil y/o tomillo de 2-4 veces a la semana.

Tabla 8: Consumo de aceites y grasas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

ACEITES Y GRASAS																														
FRUTOS SECOS									TOTAL	ACEITE DE OLIVA								TOTAL	ACEITE GIRASOL								TOTAL			
N	MES			SEMANA			DIA			N	MES			SEMANA			DIA		N	MES			SEMANA			DIA				
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3			4-6	1	2	3	1-2	2-4	5-6		2-3	4-6	
18	11	4	8	18	9	1	5	1	75	23	5	3	0	8	21	11	3	1	75	27	4	2	6	6	8	8	12	2	75	
%	24,0	14,7	5,3	10,7	24,0	12,0	1,3	6,7	1,3	100,0	30,7	6,7	4,0	0,0	10,7	28,0	14,7	4,0	1,3	100,0	36,0	5,3	2,7	8,0	8,0	10,7	10,7	16,0	2,7	100,0

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

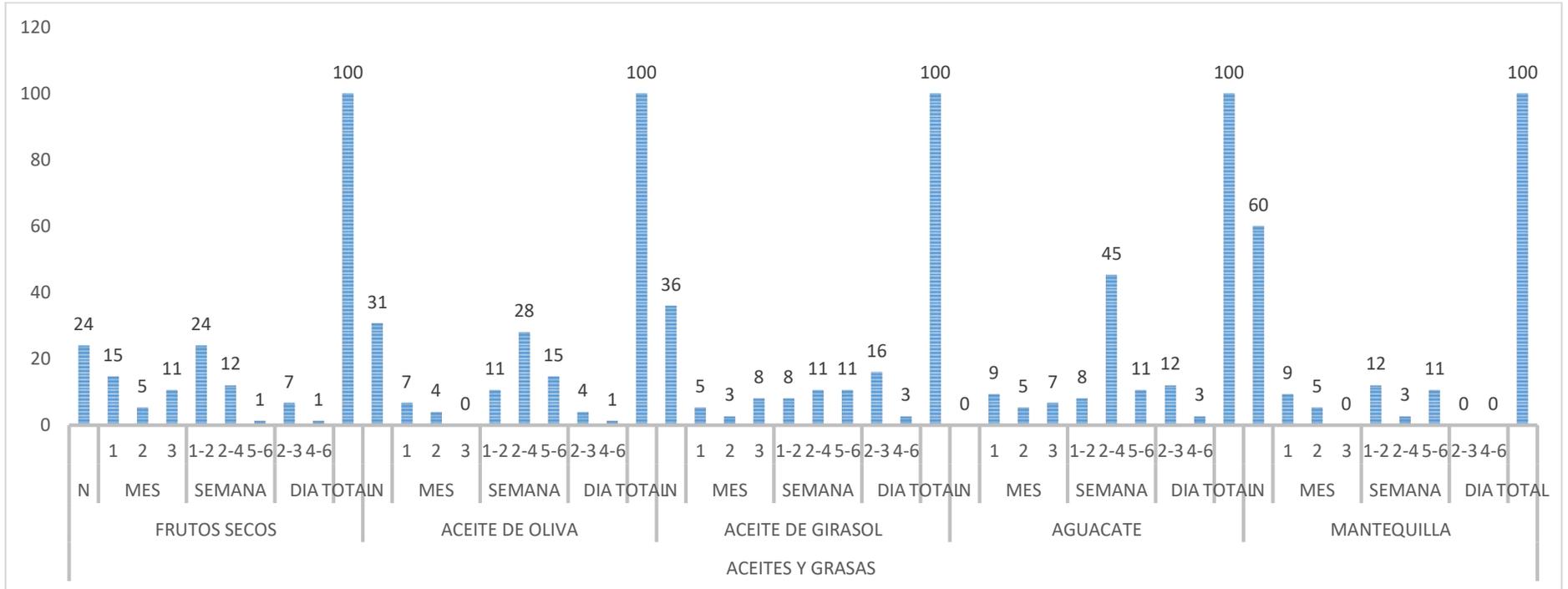
Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

ACEITES Y GRASAS																				
AGUACATE										TOTAL	MANTEQUILLA								TOTAL	
N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA		
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6		
0	7	4	5	6	34	8	9	2	75	45	7	4	0	9	2	8	0	0	75	
%	0,0	9,3	5,3	6,7	8,0	45,3	10,7	12,0	2,7	100,0	60,0	9,3	5,3	0,0	12,0	2,7	10,7	0,0	0,0	100

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 7: Consumo de aceites y grasas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

La técnica de Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimento aplicada a los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, arroja como resultado que el 24 % con frecuencia de 19 consumen nunca o casi nunca frutos secos y otro 24 % lo consume 1 -2 veces a la semana, en cuanto al aceite de oliva el 31 % nunca o casi nunca lo consume con una frecuencia de 22 personas. El aceite de girasol 36 % nunca o casi nunca lo consumen con una frecuencia de 27 personas y un 16 % con frecuencia 12 consumen de 2-3 veces al día. El 45 % de las féminas consumen aguacate de 2-4 veces a la semana con una frecuencia de 24 y un 60 % con una frecuencia de 45 personas nunca o casi nunca consumen mantequillas.

El consumo de aceites y grasas en su alimentación es moderado, aunque se nota que sus respuestas no reflejan la realidad que viven por su sobrepeso, estados de salud y ánimos.

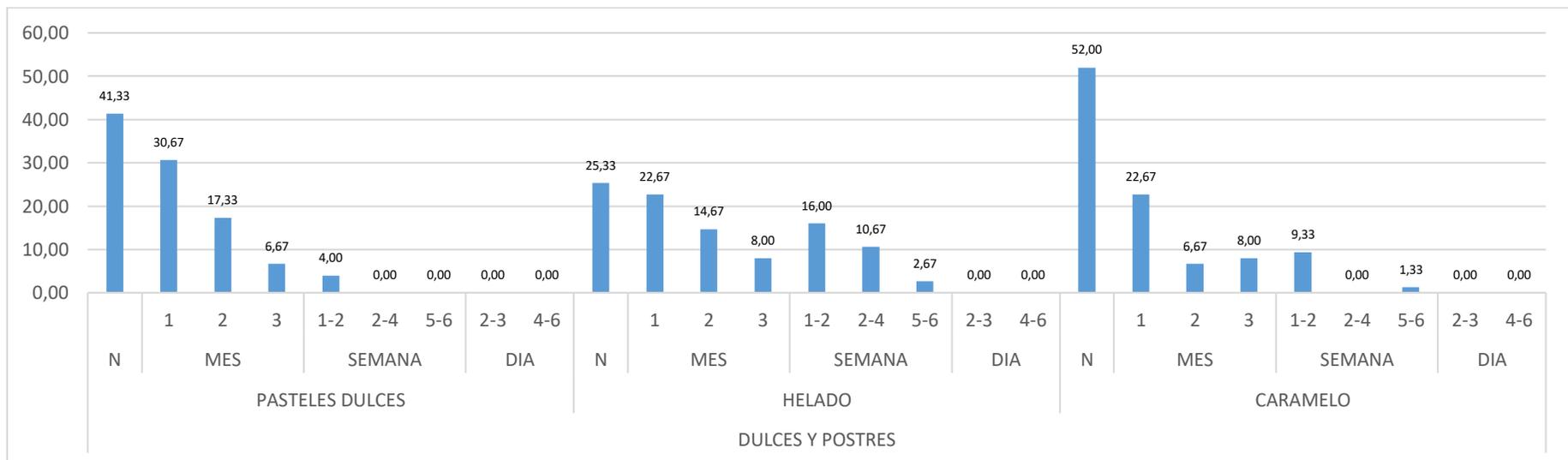
Tabla 9: Consumo de dulces y postres de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

		DULCES Y POSTRES																														
		PASTELES DULCES									HELADO									CARAMELO												
		MES			SEMANA			DIA				MES			SEMANA			DIA				MES			SEMANA			DIA				
N		1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	TOTAL		N	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	TOTAL		N	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	TOTAL
31		23	13	5	3	0	0	0	0	75		19	17	11	6	12	8	2	0	0	75		39	17	5	6	7	0	1	0	0	75
%		41,3	30,7	17,3	6,7	4,0	0,0	0,0	0,0	100		25,3	22,7	14,7	8,0	16,0	10,7	2,7	0,0	0,0	100		52,0	22,7	6,7	8,0	9,3	0,0	1,3	0,0	0,0	10

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 8: Consumo de dulces y postres de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

Los siguientes resultados se obtuvieron luego de la aplicación de la técnica de Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos a los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, para determinar el consumo de dulces y postres, de los cuales se detalla lo siguiente: el 41 % con una frecuencia de 31 personas nunca o casi nunca lo consumen pasteles de dulces y el 31 % con una frecuencia de 23 consumen una vez al mes pasteles de dulces. El 25 % con una frecuencia de 19 nunca o casi nunca consumen helado mientras que el 23 % consumen una vez al mes. El 52 % con una frecuencia de 39 nunca o casi nunca consume caramelo y 23 % con frecuencia de 17 lo consume una vez al mes.

Los datos expuestos reflejan la realidad que un porcentaje significativo de la muestra tiene como hábito alimenticio su inclinación hacia los dulces y postres que pueden a largo tiempo alterar su metabolismo empeorando su salud. Muy pocas mujeres adultas mayores de mencionado centro geriátrico evitan su ingesta por motivos de cuadros crónicos como diabetes o hipertensión, pero las mismas poseen como antecedentes, el uso excesivo de los mismos que las llevaron a enfermedades terminales.

Tabla 10: Consumo de misceláneos de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

MISCELÁNEOS																															
MOSTAZA, SALSA DE TOMATE, MAYONESA										TOTAL	AZUCAR										TOTAL	EDULCORANTE						TOTAL			
N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA				N	MES			SEMANA			DIA		
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1			2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6	1	2			3	1-2	2-4	5-6	2-3		4-6		
25	18	8	3	16	4	1	0	0	75		6	8	1	2	4	19	18	14	3	75		29	4	0	5	2	10		12	9	4
%	33,3	24,0	10,7	4,0	21,3	5,3	1,3	0,0	100,0	8,0	10,7	1,3	2,7	5,3	25,3	24,0	18,7	4,0	100,0	38,7	5,3	0,0	6,7	2,7	13,3	16,0	12,0	5,3	100,0		

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

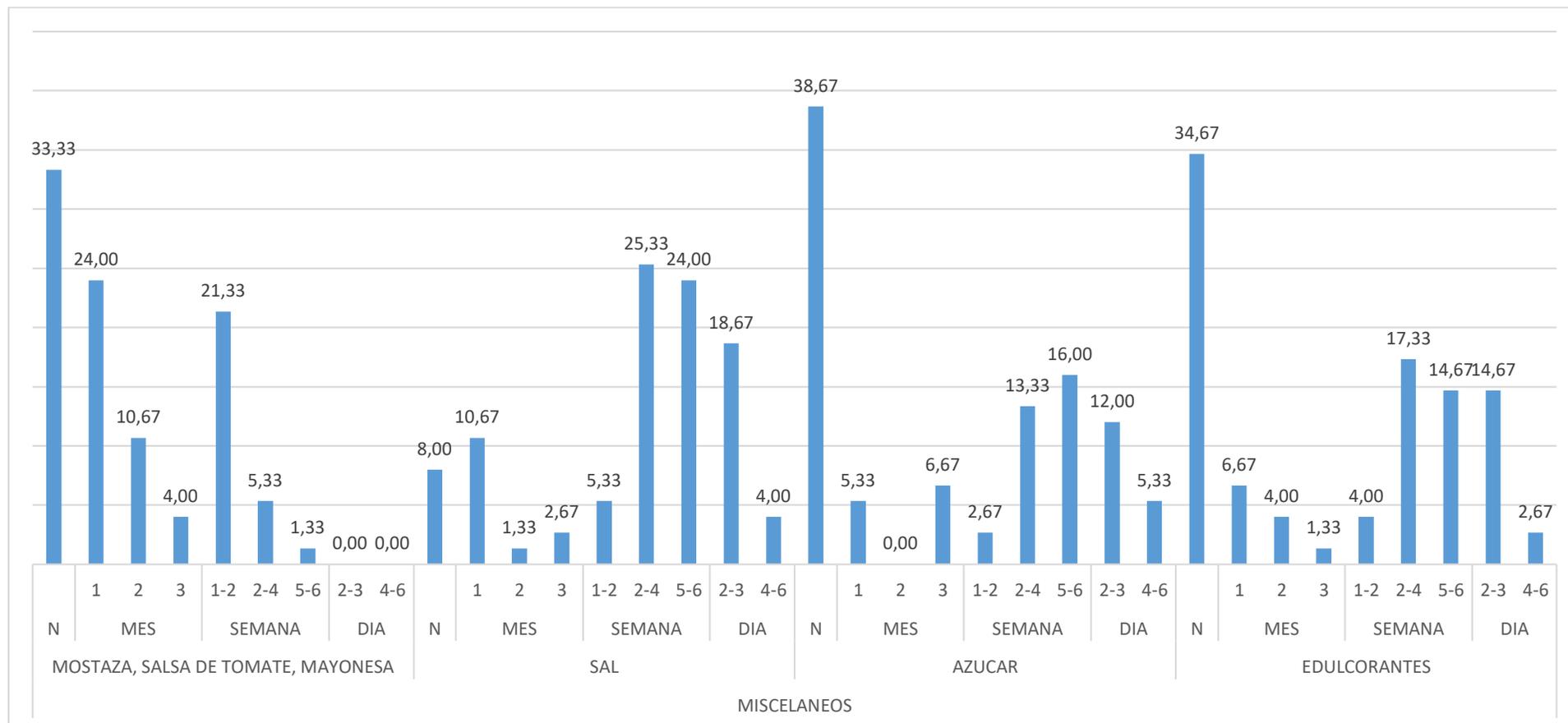
Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

MISCELANEOS											
SAL										TOTAL	
N	MES			SEMANA			DIA				TOTAL
	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			
11	23	10	7	20	2	0	2	0	75		
%	15	31	13	9	27	3	0	3	0	100,0	

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 9: Consumo de Misceláneos de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación:

Los siguientes resultados se obtuvieron luego de la aplicación de la técnica de Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos a los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, para determinar el consumo de misceláneos, de los cuales se detalla lo siguiente: el 33 % con una frecuencia de 25 personas nunca o casi nunca lo consumen mostaza, salsa de tomate y/o mayonesa; el 25 % con una frecuencia de 19 consumen sal de 2 a 4 veces a la semana. Casi el 39 % con una frecuencia de 29 nunca o casi nunca consumen azúcar en sus preparaciones, mientras que aproximadamente el 35 % cuya frecuencia es 26 nunca o casi nunca consumen edulcorantes.

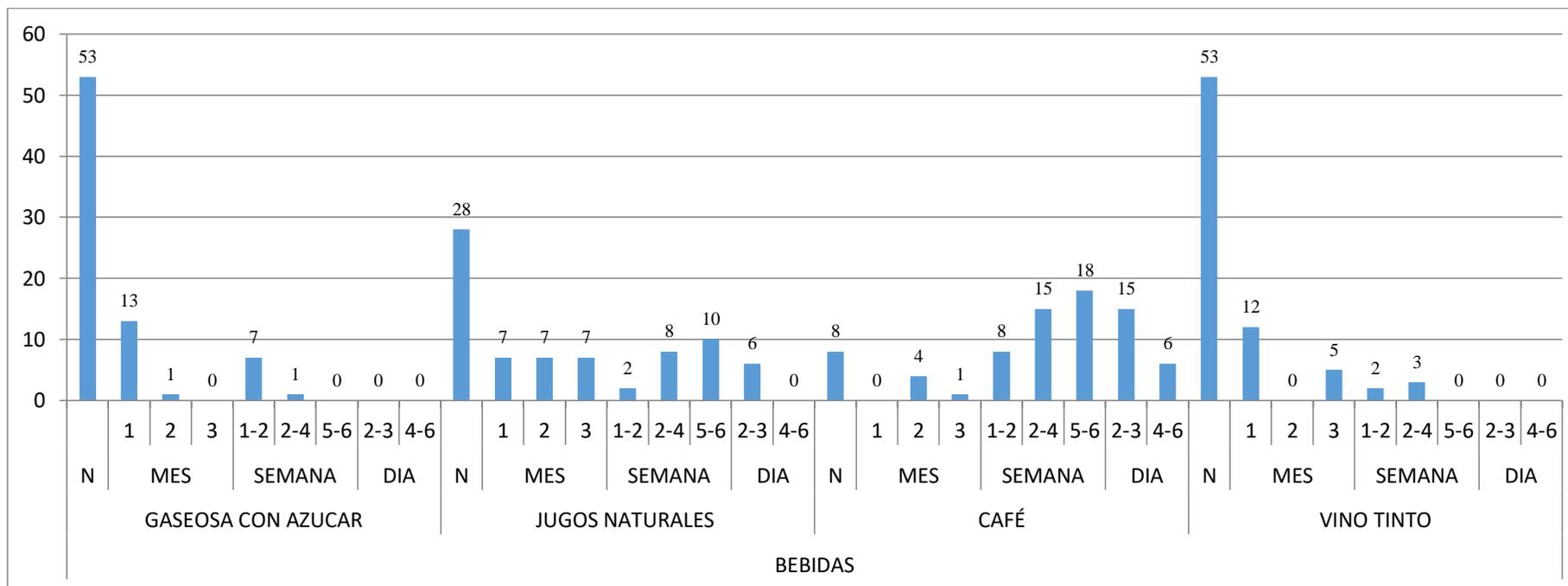
Tabla 11: Consumo bebidas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

		BEBIDAS																																							
		GASEOSA									JUGO NATURAL									CAFÉ									VINO TINTO												
N	MES	SEMANA			DIA			TOTAL	N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL	N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL	N	MES			SEMANA			DIA			TOTAL
		1	2	3	1-2	2-4	5-6			2-3	4-6	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3			4-6	1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6			1	2	3	1-2	2-4	5-6	2-3	4-6		
53	13	1	0	7	1	0	0	0	75	28	7	7	7	2	8	10	6	0	75	8	0	4	1	8	15	18	15	6	75	53	12	0	5	2	3	0	0	0	75		
%	70,67	17,33	1,33	0,00	9,33	1,33	0,00	0,00	100	37,33	9,33	9,33	9,33	2,67	10,67	13,33	8,00	0,00	100	10,67	0,00	5,33	1,51	10,67	20,00	24,00	32,1	8,00	100	70,67	16,00	0,00	6,67	2,67	4,00	0,00	0,00	0,00	100		

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 10: Consumo bebidas de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Análisis e Interpretación

Otro de los factores de riesgo para la salud es el consumo de bebidas con azúcares o alcaloides que convierte en adictos a los consumidores. Los resultados se obtuvieron luego de la aplicación de la técnica del cuestionario frecuencia de consumo de alimentos a los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, para determinar su uso frecuente de los mismos y que mantiene a la muestra con estados de salud poco favorables.

El 71 % de los adultos mayores nunca o casi nunca consumen gaseosa con azúcar con una frecuencia de 53 personas, el 37 % nunca o casi nunca consumen jugos naturales con una frecuencia de 28 personas, el 24 % consumen café de 5-6 veces por semana con una frecuencia de 18 adultos mayores y el 71 % respondieron que consumen vino tinto nunca o casi nunca es decir 53 femeninas adultas mayores.

3.7.3. Resultados de la aplicación de la Bioimpedancia Eléctrica

Tabla 12: Estadísticos IMC, Grasa Corporal y Grasa Visceral de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

		Estadísticos		
		IMC	GRASA CORPORAL	GRASA VISCERAL
N	Válido	75	75	75
	Perdidos	71	71	71
Media		4,52	3,55	2,11
Mediana		5,00	4,00	2,00
Moda		5	4	2
Desv. Desviación		,860	,684	,606
Varianza		,739	,467	,367
Mínimo		3	2	1
Máximo		6	4	3

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

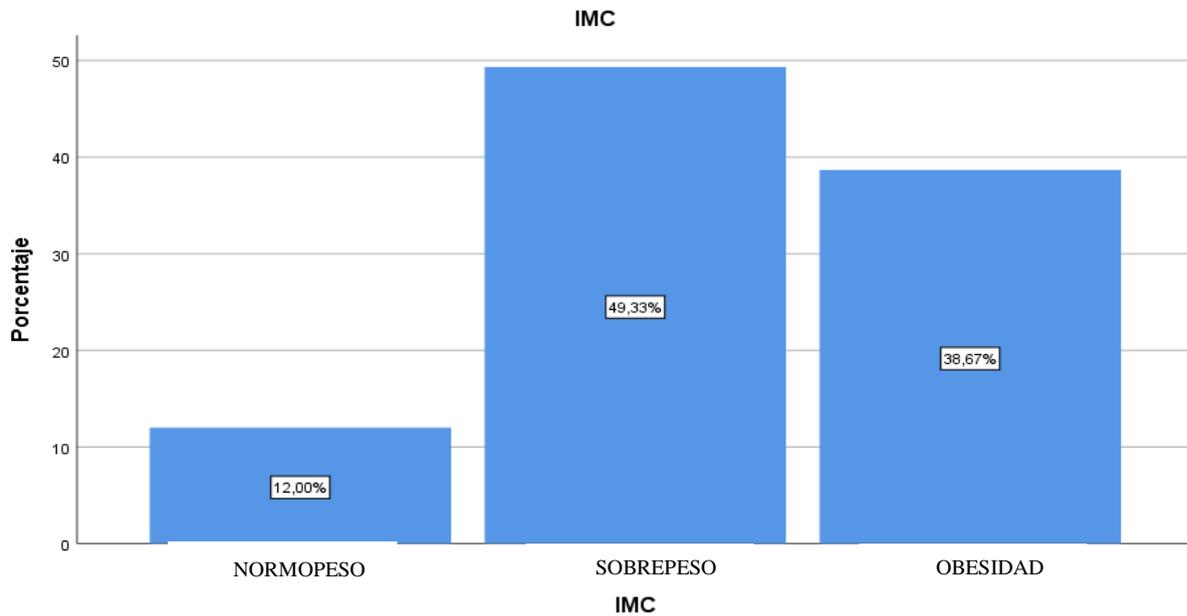
Tabla 13: IMC de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

		IMC			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normopeso	9	6,2	12,0	12,0
	Sobrepeso	37	25,3	49,3	61,3
	Obesidad	29	19,9	38,7	100,0
	Total	75	51,4	100,0	
Perdidos	Sistema	71	48,6		
Total		146	100,0		

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 11: IMC de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Análisis e Interpretación

Se aplicó la técnica de Bioimpedancia Eléctrica a los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo para determinar el índice de masa corporal (I.M.C), obteniendo los siguientes resultados: con el 49.33 % cuya frecuencia es 37 se encuentran las adultas mayores con sobrepeso, el 40% de frecuencia 30 se encuentran las adultas mayores con sobrepeso; con el 38.67 % cuya frecuencia es 29 se encuentran las adultas mayores con obesidad; y, con el 12%, frecuencia 9 están las de peso normal. Según los datos de la muestra las adultas mayores con rango de I.M.C entre 25 a 29.9, presentan sobrepeso.

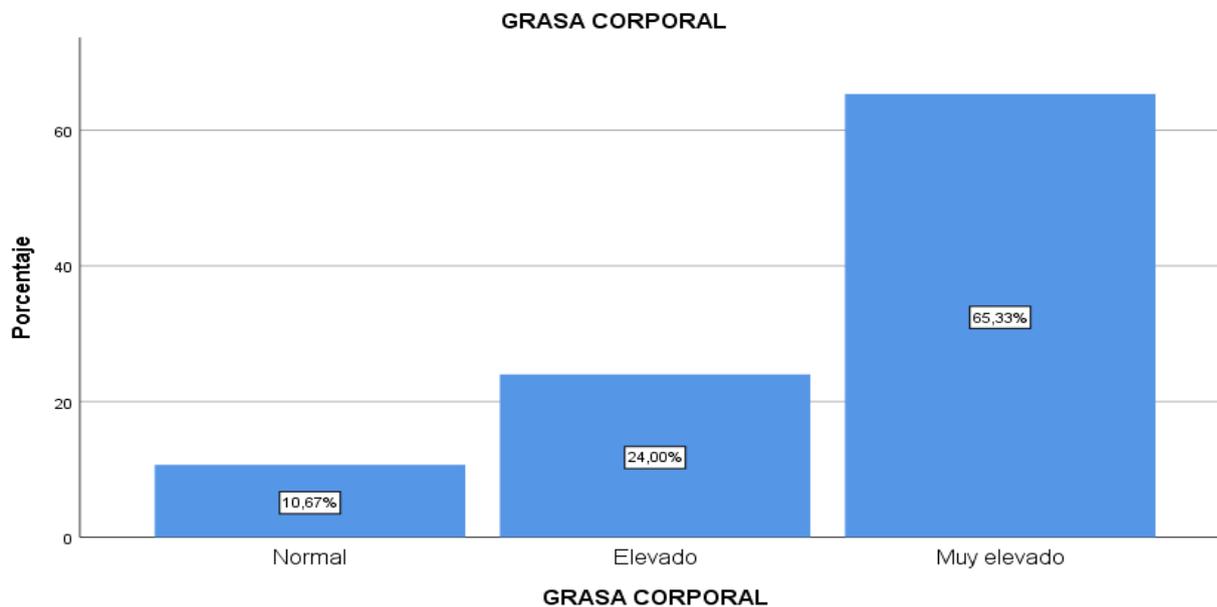
Tabla 14: Grasa corporal de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

GRASA CORPORAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	8	5,5	10,7	10,7
	Elevado	18	12,3	24,0	34,7
	Muy elevado	49	33,6	65,3	100,0
	Total	75	51,4	100,0	
Perdidos	Sistema	71	48,6		
Total		146	100,0		

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 12: Grasa corporal de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

A los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, se les aplicó la técnica de Bioimpedancia Eléctrica para determinar su nivel de grasa corporal, obteniendo los siguientes resultados: con el 65.33 % cuya frecuencia es 49 se encuentran las adultas mayores con grasa corporal muy elevada, el 24 % de frecuencia 18 se encuentran las adultas mayores con grasa corporal elevada y con casi el 11 % cuya frecuencia es 8 se encuentran las adultas mayores con rango normal su nivel de grasa corporal. Los resultados demuestran que la mayoría de las mujeres estudiadas presentan un cuadro de grasa corporal elevado lo que les provoca cuadros clínicos en perjuicio a su salud.

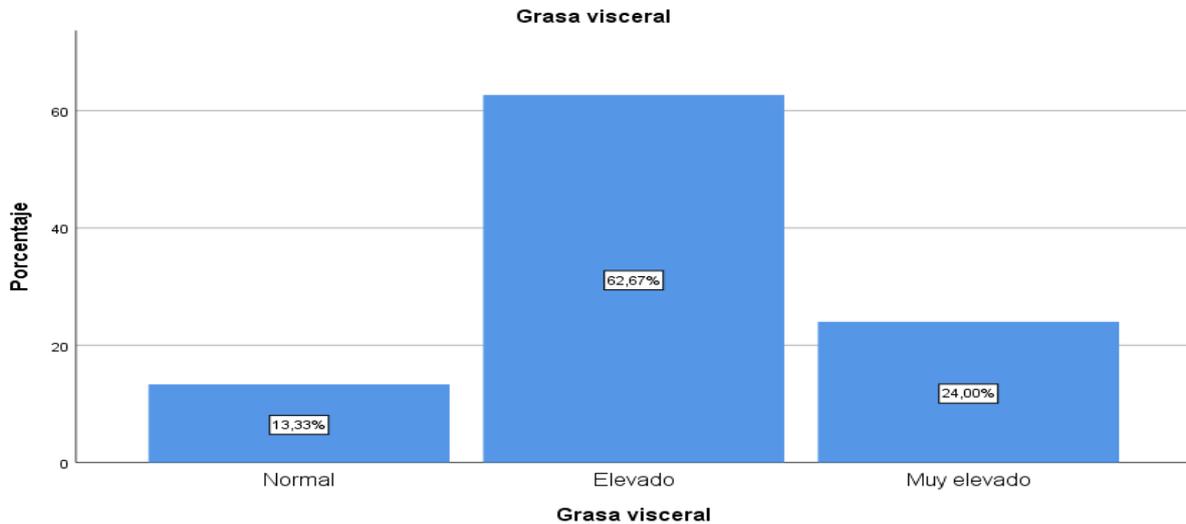
Tabla 15: Grasa visceral de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo

GRASA VISCERAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	10	6,8	13,3	13,3
	Elevado	47	32,2	62,7	76,0
	Muy Elevado	18	12,3	24,0	100,0
	Total	75	51,4	100,0	
Perdidos	Sistema	71	48,6		
Total		146	100,0		

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 13: Grasa Visceral de los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

Para determinar su nivel de grasa visceral a los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, se les aplicó la técnica de Bioimpedancia Eléctrica, obteniendo los siguientes resultados: con el 62.7 % cuya frecuencia es 47 se encuentran las adultas mayores con grasa visceral elevada, con el 24% correspondiente a una frecuencia de 18, presentan grasa muy elevada y con el 13.3 % cuya frecuencia es 10 se encuentran las adultas mayores con rango normal su nivel de grasa visceral. Los niveles de grasa visceral en las mujeres de la muestra son elevados, por existir en su cuerpo altos niveles de grasa que les afecta en todo su accionar de vida.

3.7.4. TÉCNICAS DE KOLMOGOROV SMIRNON

Como la muestra es mayor que 50, se realizar la Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Este procedimiento se lo realizó con el propósito de medir el grado de concordancia que existe entre las variables IMC y los alimentos y alguna distribución teórica específica.

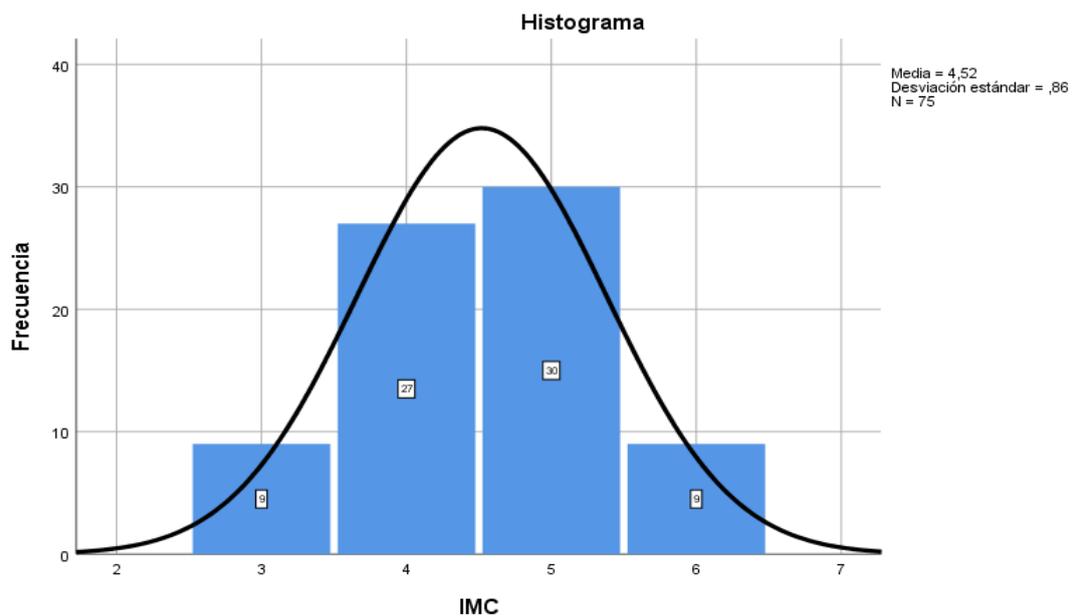
Tabla 16: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		IMC	Alimentos
N		75	74
Parámetros normales ^{a,b}	Media	4,52	40,55
	Desv. Desviación	,860	8,151
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,232	,087
	Positivo	,207	,059
	Negativo	-,232	-,087
Estadístico de prueba		,232	,087
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c	,200 ^{c,d}
a. La distribución de prueba es normal.			
b. Se calcula a partir de datos.			
c. Corrección de significación de Lilliefors.			
d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.			

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Gráfico 14: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra



Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e Interpretación

De acuerdo a los valores establecidos se puede indicar que la significancia asintótica (bilateral) es de 0,200; por lo tanto, se afirma que los datos provienen de una distribución de contraste normal, debido a que el nivel de significación es mayor que 0.05. Tal como se lo muestra en el gráfico, donde la Campaña Gaussiana muestra que la distribución es platicúrtica y hay una menor concentración de datos en torno a la media.

3.7.5. Correlación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de adultos mayores femeninos mediante R-Pearson.

El nivel de confianza para el análisis fue del 95 % que corresponde a un nivel de significación o $P = 0.05$. Los grados de libertad son de 1 para las dos tablas, porque al realizar el análisis se transformaron las variables en politómicas, debido a que estas son de 2×2 . Las variables cualitativas politómicas ordinales, adquieren valores que se pueden ordenar de acuerdo a una escala, por ejemplo Bajo peso (< 18.5), Normal (18.5 a 24.9), Sobrepeso (25 a 29.9), Obesidad GI (30 a 34.9), Obesidad GII (35 a 39.9) y Obesidad GIII (>40), 6 valores que se ordenan de menor a mayor (o viceversa) de acuerdo a sus características.

Tabla 17: Relación IMC y consumo de alimentos de adultos mayores femeninos Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS, Portoviejo

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desv. Desviación	N
IMC	4,27	,664	75
Alimentos	40,55	8,151	74
Correlaciones			
		IMC	Alimentos
IMC	Correlación de Pearson	1	,050
	Sig. (bilateral)		,672
	N	75	74
Alimentos	Correlación de Pearson	,050	1
	Sig. (bilateral)	,672	
	N	75	75

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e interpretación:

Al analizar la relación IMC con el consumo de alimentos, de acuerdo al análisis de Correlación de Pearson, al nivel de significancia (bilateral) 0,672, es mayor que el P valor = 0.05, es posible indicar que los datos no siguen una distribución normal; por lo tanto, existe una significativa relación entre las variables de estudio las mismas que son de tipo paramétricas.

Tabla 18: Relación Grasa Visceral y consumo de alimentos en adultos mayores femeninos
Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS, Portoviejo

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desv. Desviación	N
Alimentos	40,55	8,151	74
Grasa visceral	2,11	,606	75
Correlaciones			
		Alimentos	Grasa visceral
Alimentos	Correlación de Pearson	1	,018
	Sig. (bilateral)		,878
	N	74	74
Grasa visceral	Correlación de Pearson	,018	1
	Sig. (bilateral)	,878	
	N	74	75

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e interpretación:

Al analizar la relación Grasa Visceral con el consumo de alimentos, de acuerdo al análisis de Correlación de Pearson, al nivel de significancia (bilateral) 0,878, es mayor que el P valor = 0.05, es posible indicar que los datos siguen una distribución normal; por lo tanto, existe una adecuada relación entre las variables de estudio.

Tabla 19: Relación grasa corporal y consumo de alimentos consumo de alimentos de adultos mayores femeninos Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS, Portoviejo

Estadísticos descriptivos				
		Media	Desv. Desviación	N
Alimentos		40,55	8,151	74
Grasa corporal		3,55	,684	75
Correlaciones				
		Alimentos	Grasa corporal	
Alimentos	Correlación de Pearson	1	-,089	
	Sig. (bilateral)		,453	
Grasa corporal	Correlación de Pearson	-,089	1	
	Sig. (bilateral)	,453		
	N	74	75	

Fuente: Adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, IESS Portoviejo.

Elaboración: Cedeño Carpio Laura Nicole y Quijije Zambrano Cinthya Victoria

Análisis e interpretación:

Al analizar la relación Grasa Corporal con el consumo de alimentos, de acuerdo al análisis de Correlación de Pearson, al nivel de significancia (bilateral) 0,453, es mayor que el P valor = 0.05, es posible indicar que los datos no siguen una distribución normal; resultados que indica que existe relación entre las variables de estudio.

3.7.6. Comprobación de la hipótesis

Tabla 20: Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,403 ^a	36	,405
Razón de verosimilitud	33,807	36	,573
Prueba exacta de Fisher	31,255		
Asociación lineal por lineal	,109 ^c	1	,741
N de casos válidos	46		
a. 52 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.			
b. Se basa en 75 tablas de muestras con una semilla de inicio 1376818672.			
c. El estadístico estandarizado es ,330.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación n aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,049	,125	,327	,745 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,024	,140	,160	,874 ^c
N de casos válidos		46			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					
c. Se basa en aproximación normal.					
d. Se basa en 75 tablas de muestras con una semilla de inicio 1376818672.					

La hipótesis planteada en la presente investigación que manifiesta, “Los hábitos alimentarios inciden significativamente en el estado nutricional del adulto mayor femenino, Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo”, se comprueba comparando los resultados con el nivel de significación Chi-cuadrado $P > 0.05$, cuyos valores obtenidos tomando las medidas simétricas R de Pearson se alcanzó una Significación asintótica (bilateral) de 0,405 mayor que el $P 0.05$, con lo cual se establece que los hábitos del consumo de alimentos se relacionan de forma significativa con el estado nutricional. Por lo tanto, se establece concordancia entre las frecuencias observadas y las esperadas.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

En la República del Ecuador se cuenta con una Normativa en relación a los Comités de ética, basados en normativas constitucionales, en la Ley Orgánica de la Salud, y Acuerdos ministeriales, que textualmente dicen: “Los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) son órganos vinculados a una institución pública o privada, responsables de realizar la evaluación ética, aprobar las investigaciones que intervengan en seres humanos o que utilicen muestras biológicas y asegurar la evaluación y el seguimiento de los estudios clínicos durante su desarrollo (56).

Si bien el proyecto no pone en riesgo la vida de las mujeres adultas mayores, se busca resguardar la integridad de las participantes, por lo tanto, se guardará confidencialidad para salvaguardar la integridad del paciente al momento de la recolección de datos de las historias clínicas que tomaremos de referencia, contando con el permiso legal de las autoridades pertinentes de la institución de Salud, para acceder a las mismas, a su vez se contará con el consentimiento informado de los pacientes que permitían el acceso a sus historias y divulgación de datos sin atentar contra la integridad de los mismos.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al llegar a la tercera edad, el cuerpo humano sufre grandes cambios, al igual que en la salud. Ante esta situación, a nivel mundial se han realizado estudios de tipo observacional descriptivo y transversal, con el propósito de determinar si los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores son ricos en carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales. Estos datos se han podido contrastar con los encontrados en la investigación que tuvo como objetivo evaluar la relación de los hábitos alimentarios con el estado nutricional en el adulto mayor femenino del Centro Geriátrico Teresa Sánchez, IESS Portoviejo, en el cual se demuestra que el 65% de las involucradas consumen de 5 o más de 5 comidas al día, mientras que un 35 % consumen tres comidas al día. Esto se contraponen con el estudio realizado por Barrón, Rodríguez y Chavarría en el año 2017 sobre hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chilán-Chile, respecto a los hábitos alimentarios en el cual el 66% realizaba 3 tiempos de comida al día (59). Ante lo expuesto en este documento, se destaca que la nutrición es consumir una dieta saludable y balanceada para que el cuerpo obtenga los nutrientes que se necesita (60).

De los datos obtenidos del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos el 53% de las adultas mayores nunca o casi nunca consumen leche, sin embargo, su consumo es importante en todas las etapas de la vida de los seres humanos (lactancia, crecimiento, adolescencia, adultos y mayores), por su aporte de proteínas y calcio. Los resultados obtenidos difieren del estudio realizado por Fernández en el año 2019 sobre "Estudio PURE: Asociación de la ingesta de lácteos con enfermedades cardiovasculares y mortalidad, en 21 países de los cinco continentes", encontrándose que los resultados sugieren que el consumo de productos lácteos debe aconsejarse e incluso fomentarlo en los países de bajos y medianos ingresos, donde su consumo mucho menor que en Norteamérica y Europa. Un mayor consumo de lácteos se asoció con menor riesgo de mortalidad y de enfermedades cardiovasculares, en particular el accidente cerebrovascular. (61)

El 46,7 % consumen huevo, aunque el colesterol esté por encima de los niveles normales establecidos. En el estudio realizado por Zaragoza, et al., en el año 2015, se encontró un elevado cumplimiento en el consumo huevos 88.3% (62). Así mismo el 39 % nunca o casi nunca consumen carne de res; el 25 % consumen carne de cerdo de 2 a 4 veces a la semana, mientras que casi el 39 % nunca o casi nunca consumen pescado. Estos resultados son contrastados con el estudio realizado por Sánchez, Cruz, Cereceda y Espinoza en el año 2014

sobre Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal, en el cual se observa que más de 60% de la población adulta mayor presentó hábitos inadecuados para el consumo de carnes esto en un 65,2% (63).

Con respecto leguminosas y harinas, el 29% consumen 1 vez al mes lentejas, casi el 31 % nunca o casi nunca consumen pan; aproximadamente el 39 % consumen choclo, mientras que el 40 % consumen papa y el 21 % arroz. Para apoyar lo expuesto, Álvarez (2013) expresa, que es importante destacar que nunca deben eliminarse los hidratos de carbono de la dieta; sin embargo, si se requiere reducir o evitar los hidratos de carbono simples que son de fácil absorción como: azúcar, dulces, pasteles, caramelos, gaseosas, refrescos, entre otros (64). Resultados similares se encontraron en la investigación de Vilaplana en el año 2017, sobre “Alimentos en el anciano”, en la cual se demuestra que la ingesta de frutas y legumbres está disminuyendo. De acuerdo a la autora, estos cambios aunque parecen afectar menos a los adultos mayores, igual es recomienda que sigan una dieta variada (56).

En lo que respecta al consumo de frutas; el 36 % consumen papaya de 2-4 veces a la semana. Estos resultados se confrontan con los del estudio de Deossa, et al, realizado en el año 2015 sobre sobre la evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA, en el cual indican que los adultos mayores en el consumo de tres alimentos al día se caracterizaron por incorporar frutas en su comida (65). Por su parte Hernández y Goña (2015), en su investigación, halló similitud con el estudio en el cual se indica que el consumo de frutas en la población adulta mayor, es acorde a sus necesidades (66). Por otra parte Villaplana en un estudio realizado sobre los hábitos alimentarios en el año 2016, considera que lo más importante es ingerir de 2 a 3 piezas de fruta al día permitiendo así cubrir las raciones diarias recomendadas y el aporte necesario de vitaminas y minerales (67).

El cuanto al consumo de verduras y hortalizas el 40 % consumen espinaca de 1-2 veces a la semana; y con porcentajes considerables tomate, zanahoria, cebolla, perejil y/o tomillo. En el estudio de Barrón, Rodríguez y Chavarría (59), encontraron que el consumo de los adultos mayores de verduras revela que sólo el 17% cumple la recomendación de 2 a 3 porciones diarias, el 83% restante consume 1 a 2.

El 24 % consumen nunca o casi nunca frutos secos, los resultados obtenidos se contraponen con el estudio realizado por Hernández y Goña (2015), para quienes en el cual se indica que más de la mitad de la población adulta mayor no consumía suficientes verduras, hortalizas, frutos secos y vino (66). El aceite de girasol 36 % nunca o casi nunca lo consumen y un 16 % consumen de 2-3 veces al día, lo que indica que el consumo de aceites y grasas es moderado, resultados que se contradice con el sobrepeso y estado de salud evidenciado según IMC, grasa corporal y grasa visceral, productos de que poseen malos hábitos alimentarios. En cuanto al aceite de oliva el 31 % nunca o casi nunca lo consume. Resultado que se contrapone con el estudio de Zaragoza, et al., (2015), en el cual se encontró un elevado cumplimiento en el consumo de aceite de oliva 98.3% (62).

En lo que respecta al consumo de dulces y postres, el 41 % nunca o casi nunca consumen pasteles de dulces. Los datos expuestos reflejan la realidad que un porcentaje significativo de la muestra de hábito alimentarios inclinado hacia los dulces y postres pueden a largo tiempo alterar su metabolismo empeorando su salud. El 71 % de las adultas mayores nunca o casi nunca consumen gaseosa con azúcar. Datos que son corroborados con el estudio de García y Ríos en el año 2019, en su investigación, determinaron que en lo referente al consumo de pasteles y dulces, se pudo observar que un 17 % consumió dulces (68). En referencia al consumo de misceláneos, el 33 % nunca o casi nunca consumen mostaza, salsa de tomate y/o mayonesa, en cuanto al consumo del sal el 68% consume 2-4 o 5-6 veces a la semana y de 2-3 al día. Estos resultados se contrastan con el estudio realizado por García y Ríos en el año 2019 en el cual se puede observar que del total de adultos mayores evaluados el 96 % presentó un consumo diario de sal; el 64 % consumió azúcar rubia; 33 % consumió azúcar refinada y solo el 1% consumió piqueos.

En relación con el índice de masa corporal (I.M.C), se pudo conocer que el 49 % se encuentran las adultas mayores con sobrepeso y con un 38.67% las adultas mayores con obesidad. Resultados que se relacionan con el realizado por López en el año 2017 con el tema “Conducta de hábitos alimentarios relacionados al estado nutricional de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Laboure, septiembre 2016”, en el cual se demuestra que el problema de mayor importancia en las mujeres es el sobrepeso, esto en un 42%, seguido por la obesidad (25). Los resultados antes expuesto tiene una ligera relación con los encontrados en el estudio de Fernández, et, al, en el año 2017 con el tema “Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México”, en el

cual se observa que al mismo tiempo que aumenta la proporción de personas con sobrepeso y obesidad, la distribución entre la población con malnutrición por exceso se vio modificada en los últimos años. En Estudios realizados en México, Chile y Ecuador, la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres que en hombres. Sin embargo, mientras que en Ecuador y México hay una proporción mayor de hombres que mujeres con exceso de peso, en Chile ocurre lo contrario. (70)

Los datos encontrados es similar al estudio realizado por Cordillo y Pozo en el año 2017, con el tema “Estado nutricional en integrantes del club de adultos mayores del centro de salud 7. Guayaquil – Ecuador”, donde se encontró que el IMC el Sobrepeso y la Obesidad se presentaron en una proporción del 43% de los casos: sobrepeso 5%, obesidad 38%, mientras que el 8% tenían de bajo peso, según la clasificación de Bray, de acuerdo con el porcentaje de grasa corporal, el 46% son obesos (71). En otro estudio realizado por Zaragoza, et al., en el año 2015, sobre la valoración del estado nutricional se observa que el 83,3% de la muestra presentó sobrepeso ($IMC > 24,9$) frente a un 16,7% de obesidad ($IMC > 24,9$); respecto al porcentaje de grasa corporal, las mujeres presentaron una media de grasa del 40,3%, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$). En este caso, se observó que el 91,1% de la muestra presentó un exceso de grasa corporal en función de su sexo y peso. (62). En comparación con la investigación realizada por Vanegas, Peña y Salazar en el año 2015 sobre “Impactó de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 2015”, se encontró que el 72% frecuencia 77, tenían un adecuado estado nutricional, un 23.4% sobrepeso y solo el 4,7% con frecuencia 8 eran desnutridos; no se observó obesidad en esta población 0% (27).

Con el 65 % de la muestra se encuentran las adultas mayores con grasa corporal muy elevada. Con el 13.3 % se encuentran las adultas mayores con grasa visceral normal. Estos resultados no se contrastan con el estudio realizado a un grupo de pacientes del Programa Adulto Mayor del Centro de Atención Primaria II, San Juan Bautista – ESSALUD en el año 2019 por García y Ríos, destacando que de acuerdo al índice de masa corporal se encontró que el 51.3 % presentó IMC normal, el 34.2 % presentó sobrepeso, el 11.8 % presentó delgadez, y el 2.6 % presentó obesidad (68).

Al analizar los datos obtenidos a través de la correlación R Pearson generados a través del sistema SPSS, se tiene como significancia bilateral un $P = 0,534$, con lo cual se demuestra

que existe una adecuada relación entre el IMC y el consumo de alimentos, es decir, su nivel de significancia es positivo. Así mismo, con un $P = 0,878$, se pudo auscultar que existe relación entre el consumo de alimentos y la grasa visceral; en relación a la Grasa Corporal con el consumo de alimentos, de acuerdo al análisis de Correlación de Pearson, al nivel de significancia (bilateral) $0,453$, $P > 0.05$. Realizando la prueba del Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson, se tuvo una significancia asintótica bilateral de $P = 0.405$, demostrando que existe concordancia entre las frecuencias observadas y las esperadas de los hábitos alimenticios y consumo de alimentos. Los resultados antes expuestos son diferentes del estudio realizado por Tarqui, et al.; en el año 2014 sobre estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano, en el cual demostraron que el promedio del IMC fue $26,2 \pm 4,7$ en las mujeres (26,7) (72) .

Los resultados antes expuestos son apoyados por el estudio de Álvarez et al (2017), en el cual se indica que el sobrepeso y la obesidad marcan una significativa relación con los hábitos alimenticios e índice de masa corporal. Así mismo indica que la prevalencia del estado nutricional se demuestra con el sobrepeso 20.3 % de las personas estudiadas; obesidad de 17.8 % con diferencia significativa en relación al sexo, $p=0.0241$ y malnutrición por déficit 1.3 %. En otro estudio realizado por Alvarado, Lamprea y Murcia en el año 2017 con el tema la nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería, destacan que: una buena nutrición es esencial para mantener el estado funcional y la calidad de vida en los adultos mayores, este grupo vulnerable representa un mayor riesgo de ingesta dietética inadecuada, dado por los cambios propios del envejecimiento a nivel fisiológico o psicosocial, además del proceso de enfrentarse a enfermedades crónicas que pueden producir determinadas modificaciones de conductas alimentarias, que son factores inciden en la desnutrición u obesidad (73).

Hernández y Goña (66), consideran que es muy importante el papel preventivo de una correcta ingesta de nutrientes, primordiales para emprender acciones orientadas al mantenimiento de la salud en el binomio envejecimiento-nutrición, con lo cual se podría evitar la malnutrición y sus consecuencias socio-sanitarias. En cada uno de los estudios se evidencia la necesidad de controlar de forma regular el estado nutricional de las personas mayores utilizando herramientas de seguimiento indicadoras de su situación nutricional.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En la presente investigación se han podido analizar los hábitos alimentarios y la nutrición en los adultos mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, mismas que se diferencian del resto del grupo etario por las diferentes situaciones como son: Estado físico, medios materiales que disponen, al igual que otros elementos psicológicos y sociales, que son factores influyentes para un adecuado estado nutricional. Lo expuesto permitió arribar a las siguientes conclusiones:

De acuerdo al cuestionario frecuencia consumo de alimentos de los adultos mayores femeninos del Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, los alimentos que más consumen según el estudio realizado son: huevos, carne de cerdo, legumbres, papa y arroz; sin embargo, se denota carencia en el consumo de leche, pescado, granos secos y pan.

En lo relacionado a la composición corporal según componente grasa corporal y visceral mediante el uso de la Técnicas de Bioimpedancia Eléctrica, en la población de estudio, un porcentaje significativo de las adultas mayores femeninos en el Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo se encuentra con sobrepeso y obesidad; un porcentaje mínimo con Normopeso.

Se encontró relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y estado nutricional en los pacientes adultas mayores femeninos en el Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS Portoviejo, lo que se evidencia en una alta incidencia de grasa corporal y visceral teniendo en cuenta que uno de los factores que inciden en estos desórdenes son los inadecuados hábitos alimenticios y nutricionales.

5.2. RECOMENDACIONES

Establecidas las conclusiones, se realizan las siguientes recomendaciones:

Los adultos mayores femeninas del Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS Portoviejo, deben consumir frutas y verduras que garantice el aporte de fibra, esto en una frecuencia de dos o más veces al día y de lácteos 3-4 raciones al día, utilizando leche semidescremada o desnatada, suplementada en vitaminas liposolubles (A, D, E y K), de igual manera evitar el consumo excesivo de sal y café.

Se sugiere a este grupo etario de adultas mayores del Centro Geriátrico Teresa Sánchez IESS Portoviejo, realizar actividades físicas acorde a su edad, para disminuir la incidencia de problemas de salud crónicos tales como enfermedades cardiovasculares y osteoporosis y mejorar su calidad de vida.

Se recomienda al Centro Geriátrico “Teresa Sánchez”, del IESS Portoviejo, elabore programas o talleres periódicos con temas relacionados a la alimentación y nutrición para estimular los hábitos alimentarios saludables e incentivar a la población de estudio a mejorar la alimentación, promoviendo el consumo de productos que se encuentran a la zona, que tengan alto valor nutritivo y de fácil acceso.

Tabla 21: Presupuesto

VIAJES TÉCNICOS				
ACTIVIDAD	LUGAR	DURACION	NO. PERSONAS	Costo total (USD)
Transporte			2	\$100,00
TOTAL				\$100,00
EQUIPOS				
Especificaciones técnicas del Equipo o instrumento		Valor unitario (USD)	Cantidad	Costo total (USD)
Balanza control corporal OMRON		\$97,00	1	\$97,00
Tallimetro		\$120,00	1	\$120,00
SUBTOTAL				\$217,00
MATERIAL / SUMINISTRO				
Especificaciones del material a utilizar		Valor unitario (USD)	Cantidad	Costo total (USD)
C.D		\$0,80	6	\$4,80
Memory		\$10,00	1	\$10,00
Fotocopias		\$0,02	360	\$7,20
SUBTOTAL				\$22,00
RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y SOFTWARE				
Especificaciones del material a utilizar		Valor unitario (USD)	Cantidad	Costo total (USD)
Asesoría Programa SPSS Industrial	25	\$10,00	40 horas	\$100,00
TOTAL GENERAL PLANIFICADO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO				\$439,00

Tabla 22: Cronograma

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																				HUMANOS
	JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE				DICIEMBRE				
	2	10	19	6	13	21	9	19	23	3	23	24	7	19	20	22					
Elaboración del perfil de proyecto de investigación	X																				Autores del proyecto
Presentación del perfil de proyecto de investigación		X																			Autores
Aprobación del perfil de proyecto de investigación			X																		Autores
Planteamiento del Problema				X	X																Autores y Tutor
Justificación				X	X																Autores y Tutor
Objetivos				X	X																Autores y Tutor
Marco Teórico					X																Autores y Tutor
Diseño Metodológico				X	X																Autores y Tutor
Presentación de protocolo de investigación a comité de bioética						X															Autores del proyecto
Aprobación del comité de bioética protocolo de investigación							X														Autores/Tutora de Tesis
Tabulación de datos, discusión, conclusiones y recomendaciones								X	X		X	X									Autores y Tutor
Reuniones y defensas con el tribunal de investigación										X			X	X							Autores
Elaboración de Informe Final															X						Autores y Tutor
Presentación de trabajo de titulación																					Autores y Tutor

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés V, Hernández Y, Herrera G, Rodríguez N. Evaluación del estado nutricional de ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos de Pinar del Río. *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2017 Septiembre; 21(5).
2. ONU. Envejecimiento. [En línea].; 2018 [Citado 2019 octubre 13. Available from: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.
3. El telégrafo. Reconocer el envejecimiento: el primer paso. [En línea].; 2016. Available from: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/1/reconocer-el-envejecimiento-el-primer-paso>.
4. Bejarano J, Ardilla L, MA. Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de derechos. *Rev Fac Med*. 2014 julio; 62(1).
5. Castillo Y. Consumo alimentario y estado nutricional de los adultos mayores. *Polo del Conocimiento*. 2018 Agosto; 3(8).
6. Álvarez R, Cordero G, Vásquez M, Altamirano L, Gualpa M. Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2017 noviembre; 21(6).
7. Camina M, Mateo B, Malafarinab B, Lopez RNV, López L, Redondo M. Valoración del estado nutricional en Geriátrica: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. 2016 Enero; 52(1).
8. Osuna-Padilla I, Verdugo-Hernandez S, Leal-Escobar G, Osuna-Ramirez I. Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. 2015 Enero; 19(1).
9. Durán S, Candia P, Pizarro R. Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor. *Nutricion Hospitalaria*. 2017 Marzo; 34(6).
10. Freire W. Gerontologia. [En línea].; 2011 [Citado 2019 Agosto 3. Available from: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>.

11. Fernández P, Barrón VRA. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Revista Cubana Salud Pública*. 2017 Septiembre; 43(3).
12. OMS. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [En línea].; 2019 [Citado 2019 octubre 14. Available from: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>].
13. Bazalar L, Runze F, Colmenares J. Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú, 2010-2015. *Acta Médica Peruana*. Enero 2019; 36(1).
14. Chavarría P, Barrón V, Rodríguez A. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018 Mayo; 43(3).
15. Alvarado A, Lamprea L, Murcia K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2017 Julio; 14(3).
16. Izquierdo P. Impacto de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 2015. *Revista Latinoamericana de Nutrición*. 2017 Enero; 12(3).
17. Bolet M. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2009 enero-marzo; V. 8(1).
18. Castañeda C, Acuña A, Herrera A, Martínez R, Castillo I. Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del estado mexicano de Zacatecas. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 2018 Enero; 28(1).
19. Clegg W. Optimizing nutrition in older people. *Maturitas*. 2015 Mayo; 12(1).
20. Arencibia R. Estado Nutricional y Actividad Física en el Adulto Mayor Ávila Cd, editor. Cuba: Universidad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte “Manuel Fajardo”; 2006.
21. Sánchez F, De la Cruz F, Cereceda M. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. *Escuela Académico Profesional de Nutrición, Facultad de Medicina*. Lima, Perú. 2014; 75(2).

22. Casado J, Ribera M. Consideraciones especiales de la nutrición en el paciente geriátrico. *Soporte Nutricional*. 2015 Enero; 21(3).
23. Bernal-Orozco M, Vizmanos B, Celis-de-la-Rosa A. La nutrición del anciano como un problema de salud pública, *Antropo*. [En línea].; 2008 [Citado 2019 noviembre 20. Available from: www.didac.ehu.es/antropo].
24. OMS. Naciones Unidas. [En línea].; 2016 [Citado 2019 Agosto 15. Available from: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>].
25. Encalada L. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores institucionalizados, Cuenca – Ecuador, 2007. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*. 2007.
26. Osuna A, Borja A, Leal G, Verdugo S. validation of predictive equations for weight and height using body circum ferences in mexican elderlys. *Nutr Hosp*. 2015. 2015 Dec.; 32(6).
27. Vanegas P, Peña S, Salazar K. Impactó de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 201. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2015 2017; vol. 12(núm. 3).
28. Chavarro-Carvajal D, Germán Borda M. Factores asociados al estado nutricional en pacientes adultos mayores. *Acta Medica Colombiana*. 2017 Junio; 43(2).
29. García L, Ríos W. Relación del estado nutricional con la adecuación de la ingesta en pacientes del programa adulto mayor del centro de atención primaria II-San Juan Bautista-Essalud. [En línea].; 2019 [Citado 2019 Noviembre 4. Available from: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5908/Linda_tesis_titulo_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y].
30. Hernández A, Pontes Y, Goñi I. Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional. *Nutricion Hospitalaria*. 2015 Enero; 33(3).
31. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014 junio; vol.25 (no.2).
32. Alvarado-García A, Salazar-Maya M. Análisis del concepto de envejecimiento. 2014 Febrero; 26(2).

33. Cervera P, López C,RJ, Sastre A. Guía de Alimentación para Personas Mayores. [En línea].; 2010 [Citado 2019 octubre 10. Available from: <http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf>.
34. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [En línea].; 2011 [Citado 2019 octubre 23. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=EB04BD6859F78DE605C825E27BB0468B?sequence=1.
35. Martínez T, González C, León G, González B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Revista Finlay. 2018 Febrero; 8(1).
36. Pérez L, Rábago M, Guzmán M, Zamora R. Sororidad en los procesos de envejecimiento femenino. Perspectivas en Psicología. 2017 Mayo; vol. 14(núm. 1).
37. OMS. Envejecimiento y salud. [En línea].; 2018 [Citado 2019 octubre 31. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
38. Lekue M,AC. elfarmaceutico.es. [En línea].; 2018 [Citado 2019 Agosto 17. Available from: <http://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/8768-caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores#>.
39. Betancourt C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2015 Mayo; 14(1).
40. Prieto-Hontoria P, Marín P, Rojas L. Oportunidades y desafíos de innovación para un adulto saludable. Chile Saludable. 2015 Febrero; 5(1).
41. Acera M. Conociendo las etapas de la tercera edad. [En línea].; 2015 [Citado 2019 octubre 31. Available from: <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/conociendo-etapas-tercera-edad>.
42. Galarza V. Aytojaen. [En línea].; 2014 [Citado 2018 Agosto 15. Available from: http://www.aytojaen.es/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_1163_1.pdf.
43. Macías A, Gordillo L, Camacho E. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Rev. chil. nutr.. 2012; vol.39 (no.3).

44. Behrman. Nelson tratado de enfermería. Madrid, Reino de España: Elsevier.; 2011.
45. Ávila J, Pierre M, Aguilar S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2006; 19(5).
46. Alvarez J, Gonzalo I, Rodríguez J. Ageing and Nutrition. Nutr Hosp. 2011; 4(3).
47. Rivas M. Estado nutricional y el desempeño académico en niños de edad escolar Jipijapa: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2015.
48. Luis Falque Madrid. Deficiencias Nutricionales en los Adultos y Adultos Mayores. Nutrición y salud pública. 2018 Enero; 18(1).
49. Alejandra María Alvarado García. Análisis del concepto de envejecimiento. Nutricion Hospitalaria. 2014 Febrero; 25(2).
50. Delgado V, Pinguil N, Pulla N, Urgiles J. Módulo educativo para la promoción de salud del adulto mayor. [En línea].; 2012 [Citado 2019 noviembre 1. Available from:
<http://repositorio.cedia.org.ec/bitstream/123456789/697/1/adulto%20mayor.pdf>.
51. Carmena R, P. G. Requerimientos y recomendaciones nutricionales en la edad Avanzada. Guía de Alimentación para personas mayores. 2010 Enero; 1(1).
52. Ross K, Caballero B, Robert J, Cousins K, Tucker L. Principales componentes de la dieta. In Nutricion en la Salud y en la Enfermedad. Philadelphia: Wolters Kluver; 2014. p. 53 - 916.
53. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Nutricion. Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2015 Enero; 1(1).
54. Suarez S. Orientaciones dietéticas en geriatría. Nutrición específica. Revista de Nutricion Dietetica en pacientes Adultos Mayores. 2015 Mayo; 48(2).
55. García J, García C, BV, BG. Nuevo enfoque de la nutrición. Valoración del estado nutricional del paciente: función y composición corpora. Nutricion Hospitalaria. 2018 Julio; 35(3): p. 27 - 38.
56. Vilaplana M. Alimentación en el Anciano. Nutrición. 2017 enero-febrero; 31(1).
57. Cousing J, King C, Robert J. Requerimientos de Cinc en la Dieta. In Nutricion en la Salud y la Enfermedad. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 383 - 411.

58. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normativa nacional en relación a comités de bioética en el Ecuador. [En línea].; 2014 [Citado 2019 agosto 18. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/2.-CI-Comit-%C2%AEs-de-bio-%C2%AEtica.pdf>.
59. Barrón V, Rodríguez A,CP. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chilán, Chile. *Revista Chilena Nutricional*. 2017 Diciembre; Vol. 44(Num. 1).
60. MedlinePlus. Nutrición para personas mayores. [En línea].; 2019 [Citado 2019 octubre 31. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html>.
61. Fernández I. Estudio PURE: Asociación de la ingesta de lácteos con enfermedades cardiovasculares y mortalidad, en 21 países de los cinco continentes. *MPG Journal*. 2019 enero; 2(42).
62. Zaragoza A, Ferrer R, Cabañero M,HJ,LA. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; Vol. 31(Num. 4).
63. Sánchez F, Cruz F,CM, Espinoza S. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. *An. Fac. med.* 2014 Abril; Vol. 75(Num. 2).
64. Álvarez J,CA, Gómez F, López M, Mañas M, Ruiz D, Sánchez B. Alimentación y nutrición saludable en los adultos mayores. *Mitos y realidades Gerontología SEdGy*, editor. España: Medirest, International, Marketing & Communication S.A. ; 2013.
65. Deossa G,RL, Velásquez J, Varela D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. *Rev Univ. Salud.* 2016 diciembre; Vol. 18(Num 4.).
66. Hernández A, Goña I. Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años no institucionalizada. *Nutrición Hospitalaria*. 2015 marzo; 31(1).
67. Villaplana M. Hábitos alimentarios. *Farmacia Profesional*. 2016 Abril; Vol. 30(Núm. 2).

68. García L, Ríos P. Relación del estado nutricional con la adecuación de la ingesta en pacientes del Programa Adulto Mayor del Centro de Atención Primaria II, San Juan Bautista – ESSALUD. 1st ed. Alimentarias FdI, editor. Iquitos: UNAP; 2019.
69. López A. Conducta de hábitos alimentarios relacionados al estado nutricional de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Laboure, septiembre 2016 Quito, República del Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Enfermería; 2017.
70. Fernández S, Martínez R, Carrasco I, Palma A. Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México Naciones Unidas: Copyright © Naciones Unidas; 2017.
71. Gordillo J, Pozo S. Estado nutricional en integrantes del club de adultos mayores del centro de salud 7. Guayaquil – Ecuador. Revista de la Facultad de Ciencias de la Medicina. 2017 mayo; Vol. 20(Nº 1).
72. Tarqui C, Alvarez D, Espinoza P, Gomez G. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2014 julio; vol.31(no.3).
73. Alvarado A, Lamprea L, Murcia K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enferm. univ. 2017 Noviembre; vol.14 (nº 3).

ANEXOS



PRESENTACIÓN - DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD



PRESENTACIÓN - DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD



APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS



APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS



APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS



APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS



VALORACIÓN NUTRICIONAL TOMA DE TALLA



VALORACIÓN NUTRICIONAL TOMA DE TALLA



VALORACIÓN NUTRICIONAL APLICACIÓN DE BIOIMPEDANCIA ELECTRICA



VALORACIÓN NUTRICIONAL APLICACIÓN DE BIOIMPEDANCIA ELECTRICA



**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:
CENTRO GERIÁTRICO TERESA SÁNCHEZ
IESS PORTOVIEJO**

DATOS DE FILIACIÓN:

Edad:

CUANTAS COMIDAS AL DÍA REALIZA

2 ()

3 ()

5 ()

>5 ()

INDICE DE MASA CORPORAL

- <18 ()
- 18.1 – 20 ()
- 20.1 – 24.9 ()
- 25 – 29.9 ()
- >30 ()

GRASA CORPORAL

- BAJO (<24.0)
- NORMAL (24.0-35.9)
- ELEVADO (36.0-41.9)
- MUY ELEVADO (>42)

GRASA VISCERAL

- NORMAL (<9)
- ALTO (10 A 14)
- MUY ALTO (>15)

