



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

TEMA:

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DEL ANCIANO “SAN VICENTE DE PAÚL” ATUNTAQUI, IMBABURA 2019.

Tesis previa a la obtención del título de licenciatura en Nutrición y Salud Comunitaria.

AUTORA:

María Elena Acero Moreno

DIRECTORA DE TESIS:

MSc. Ivonne Alexaida Perugachi Benalcázar

Ibarra, 2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de directora de la tesis de grado titulada **“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DEL ANCIANO “SAN VICENTE DE PAÚL” ATUNTAQUI, IMBABURA 2019**, de autoría de ACERO MORENO MARÍA ELENA, para obtener el Título de Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de noviembre de 2019.

Lo certifico:

(Firma) 

Magister. Ivonne Alexaida Perugachi Benalcázar

C.C1002452389

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1.- IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD	1004053953
APELLIDOS Y NOMBRES	Acero Moreno María Elena
DIRECCIÓN	Otavalo
EMAIL	meacerom@utn.edu.ec
TELÉFONO FIJO	0993442193
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DEL ANCIANO “SAN VICENTE DE PAÚL” ATUNTAQUI, IMBABURA 2019”
AUTOR	Acero Moreno María Elena
FECHA DD/MM/AAAA	20/11/2019
PROGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria
ASESOR / DIRECTOR	Magister. Ivonne Perugachi

2.- CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrollo, sin violar los derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que se asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 20 días del mes de noviembre de 2019.

EL AUTOR


.....

1004053953

Acero Moreno María Elena

ACEPTACIÓN

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, ACERO MORENO MARÍA ELENA con cédula de identidad Nro. 1004053953, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DEL ANCIANO “SAN VICENTE DE PAÚL” ATUNTAQUI, IMBABURA 2019”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Nutrición y Salud Comunitaria en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hagamos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del norte.

Ibarra, a los 20 días del mes de noviembre del 2019.

EL AUTOR:

C.C. 1004053953

Acero Moreno María Elena.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mí madre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mis queridos abuelitos y tíos maternos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que este trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad y quien con su bendición llena siempre mi vida.

Gracias a mi madre Anita Lucía Moreno, por ser la principal promotora de cumplir mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me ha inculcado.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades, personal y adultos mayores que conforman el hogar del anciano “San Vicente de Paúl” por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Técnica del Norte, a la Carrera de Nutrición y Salud Comunitaria, a mis profesores en especial a la MSc. Ivonne Perugachi quien con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hizo que pueda crecer día a día como profesional, gracias por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la investigación.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos	4
1.4.1 Objetivo General.....	4
1.4.2 Objetivos Específicos	4
1.5 Preguntas de investigación	5
CAPÍTULO II	6
2. Marco teórico	6
2.1 Definición de adulto mayor	6
2.2 Clasificación del adulto mayor.....	6
2.2.1 Ancianos jóvenes	6
2.2.2 Ancianos	7
2.2.3 Ancianos viejos.....	7
2.2.4 Envejecimiento de la población.....	7
2.3 Cambios que sufren los adultos mayores	8
2.3.1 Cambios biológicos.....	8

2.3.2 Cambios en los compartimentos corporales	8
2.3.3 Cambios en el aparato digestivo	9
2.3.4 Cambios en el sistema nervioso.....	11
2.3.5 Cambios en los órganos de los sentidos.....	11
2.3.6 Cambios metabólicos	11
2.4 Características psicosociales del adulto mayor	12
2.4.1 Características psicológicas del adulto mayor	12
2.4.2 Características sociales del adulto mayor	13
2.5 Necesidades en el adulto mayor	14
2.5.1 Definición de necesidad.....	14
2.5.2 Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow.....	15
2.6 Requerimientos nutricionales para adultos mayores	18
2.6.1 Tipos de nutrientes para adultos mayores.....	19
2.6.2 Energía	19
2.6.3 Proteínas.....	20
2.6.4 Hidratos de carbono	21
2.6.5 Lípidos	22
2.6.6 Elementos reguladores (vitaminas, minerales, agua y fibra).....	22
2.7 Demencia y estado nutricional	25
2.7.1 Pérdida de peso	26
2.7.2 Trastornos de la conducta alimentaria	27
2.7.3 Escalas para evaluar los trastornos de la conducta alimentaria	30
2.7.4 Escala de “Blandford” para identificar la conducta alimentaria.....	31
2.7.5 Interpretación recomendada.....	34
2.8 Nivel cognitivo del adulto mayor	35
2.8.1 Factores de riesgo para demencia y deterioro cognitivo.....	36
2.8.2 Diagnóstico del nivel cognitivo	37
2.8.3 Métodos de medición del nivel cognitivo para adultos mayores.....	38
CAPÍTULO III.....	42
3. Metodología de la investigación	42
3.1 Diseño de la investigación.....	42

3.2 Localización y ubicación del estudio	42
3.3 Población y muestra	42
3.4 Criterios de inclusión.....	42
3.5 Criterios de exclusión	42
3.6 Operacionalización de variables	43
3.7 Equipos e instrumentos	44
3.8 Métodos de recolección de información.....	44
3.9 Análisis de datos.....	45
CAPÍTULO IV	46
4. Resultados	46
4.1 Características sociodemográficas	46
4.1.2 Evaluación de la conducta alimentaria	49
4.1.3 Estado cognitivo	55
4.1.4 Relación de variables	59
CAPÍTULO V	61
5. Conclusiones y Recomendaciones	61
5.1 Conclusiones.....	61
5.2 Recomendaciones	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	67
Anexo 1. Encuesta.....	67
Anexo 2. Valoración de la conducta alimentaria.....	68
Anexo 3. Test de Pfeiffer	70
Anexo 4. Consentimiento informado de cada participante	71
Anexo 5. Consentimiento informado de la Institución en estudio	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Etnia de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	46
Tabla 2. Estado civil de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	46
Tabla 3. Nivel de instrucción de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	47
Tabla 4. Rango de edad de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	47
Tabla 5. Sexo de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	48
Tabla 6. Comportamiento resistente - reflejos defensivos (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	49
Tabla 7. Dispraxia general/Agnosia (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	50
Tabla 8. Comportamiento selectivo - requiere cambios cualitativos en la dieta (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	51
Tabla 9. Disfagia oro faríngea - incoordinación neuromuscular oral ante la ingesta (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	52
Tabla 10. Disfagia faringoesofágica - entrada de comida en la vía aérea (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	53
Tabla 11. Análisis de la Escala de Blandford por sexo en los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	53
Tabla 12. Trastornos de la conducta alimentaria según Escala de Blandford en los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.	54

Tabla 13. Evaluación del componente (memoria a corto plazo) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores	55
Tabla 14. Evaluación del componente (memoria a largo plazo) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores	56
Tabla 15. Evaluación del componente (información sobre hechos cotidianos) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores	56
Tabla 16. Evaluación del componente (ubicación) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores.....	57
Tabla 17. Evaluación del componente (capacidad de cálculo) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores	57
Tabla 18. Evaluación del deterioro cognitivo según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores	58
Tabla 19. Relación entre el deterioro cognitivo y los trastornos de la conducta alimentaria.....	59

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DEL ANCIANO “SAN VICENTE DE PAÚL” ATUNTAQUI, IMBABURA 2019.

Autora: Acero Moreno María Elena

Correo: meacerom@utn.edu.ec

Directora de tesis: MSc. Ivonne Perugachi

Correo: iaperugachi@utn.edu.ec

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar los trastornos de la conducta alimentaria y relacionarlos con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paúl” de Atuntaqui, provincia Imbabura 2019. Es un estudio descriptivo observacional, transversal, realizado en 30 adultos mayores; los trastornos de la conducta alimentaria se midieron a través del instrumento Escala de Blandford y el estado cognitivo con Test de Pfeiffer, el análisis de datos se realizó con el programa SPSS. El rango de edad de los adultos mayores osciló entre los 65 y 94 años, con una media de edad de $81,00 \pm 8,21$ D.E; el 83,3% mestizos, 53,3% mujeres y 46,7% hombres, 70% alfabetizados, 10% de analfabetismo. El 50% presentan deterioro cognitivo severo, 20% se encuentran con un estado cognitivo normal. No se halló trastornos de la conducta alimentaria en esta población, pese a ser un grupo de edad avanzada, en donde fisiológicamente el apetito, las enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo severo que presentan pueden influenciar para el deterioro del estado nutricional.

Palabras Claves: trastornos, conducta alimentaria, deterioro cognitivo, adulto mayor.

“BEHAVIORAL EATING DISORDERS IN RELATION TO COGNITIVE DETERIORATION IN OLDER ADULTS OF THE “SAN VICENTE DE PAÚL” ELDERLY HOME IN ATUNTAQUI CITY, IN THE PROVINCE OF IMBABURA, 2019.

Author: Acero Moreno María Elena

Email: meacerom@utn.edu.ec

Thesis Director: MSc. Ivonne Perugachi

Email: iaperugachi@utn.edu.ec

ABSTRACT

The objective of this research was to identify behavioral eating disorders and relate them to cognitive decline in older adults of the "San Vicente de Paul" Elderly Home in Atuntaqui city, in the province of Imbabura in 2019. It is an observational, cross-sectional descriptive study, conducted in 30 older adults, the behavioral eating disorders were measured through the Blandford Scale instrument and the cognitive status with Pfeiffer, the data analysis was performed with the SPSS program. The age of these older adults ranged from 65 to 94 years, with an average age of 81.00-8.21 standard deviations 83.3% mixed, 53.3% female and 46.7% male, 70% literate, 10% illiteracy. 50% have severe cognitive impairment; 20% have a normal cognitive state. No behavioral eating disorders were found in this population, despite being an elderly group, where physiologically appetite, chronic diseases, severe cognitive decline can influence the deterioration of the Nutritional state.

Keywords: disorders, eating behavior, cognitive impairment, older adult.

CAPÍTULO I

1. Problema de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud en el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud del año 2015, la población adulta mayor comprendida desde los 60 años en adelante es uno de los grupos más vulnerables en todas las sociedades. Este grupo poblacional a presentado grandes problemas nutricionales sobre todo por el comportamiento alimentario que han tenido los adultos mayores que padecen de deterioro cognitivo leve y severo según los datos de la Sociedad Española de Geriatría indica que el 12% de ancianos con daño cognitivo padecen de trastornos en el comportamiento nutricional.

Los problemas de comportamiento alimentario en la población adulta mayor no presentan muchos datos relevantes que puedan reflejar el problema sin embargo el envejecer constituye un proceso cuya calidad está estrechamente relacionada con la forma en como cada individuo satisface sus necesidades y la suma de todos los cambios que ocurren a través de todo su ciclo vital. (1)

En América Latina y el Caribe la población mayor de 60 años está aumentando considerablemente en todos los países y con ello el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles ya que se encuentran entre las principales causas de muerte prematura en particular la malnutrición, la salud mental y las afecciones neurológicas. (2)

En el Ecuador existe una población de 16,62 millones de habitantes, de los cuales el 6% son mayores de 65 años que distribuidos por género son 53% mujeres y un 47% hombres. El estudio de ENSANUT indica que el 35% de ellos presentan problemas nutricionales causado por el deterioro cognitivo que es causado por la edad y la disminución de su capacidad funcional cognitiva. (3)

En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025 (3). Esto se menciona ya que este tipo de enfermedades alteran y ocasionan daños en la salud de los adultos mayores de todo el mundo (8)

En el Ecuador las principales causas de muerte en el adulto mayor están principalmente encabezadas por enfermedades crónicas, estableciendo así un registro de enfermedades cardiovasculares, seguido de diabetes, enfermedades cerebrovasculares, neumonía, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo, depresión, accidentes de tránsito y agresiones. (4)

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Como bien es cierto la principal población afectada son las personas adultas mayores, pero cabe recalcar que la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento. La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025. (3)

La demencia está estrechamente ligada a factores ambientales como la dieta, al ser un problema de salud pública de magnitud creciente las cifras actualmente representan más de 35 millones de personas con demencia tipo Alzheimer y con la creciente esperanza de vida se espera que superen a los 135 millones en 2050. Si se consigue retrasar el desarrollo de la demencia 5 años, se reducirá la prevalencia en un 50%. Los adultos mayores a partir de los 65 años de edad desarrollan alteraciones cognitivas mismas alteraciones que disminuye la calidad de vida. Se ha consolidado la idea de que los factores de riesgo cardiovascular junto a la intervención preventiva nutricional y el estilo de vida, ejercicio físico, actividad intelectual se relacionan de forma directa con el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia. (5)

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Hogar del Anciano “¿San Vicente de Paul” de la ciudad de Atuntaqui, provincia de Imbabura?

1.3 Justificación

Con todos estos antecedentes y las cifras anteriormente expuestas se plantean la necesidad de realizar un estudio con el que se pretende conocer las condiciones de salud de los adultos mayores del hogar del anciano “San Vicente de Paúl”

Ya que la población adulta, mayor es una de las poblaciones vulnerables es necesario que el profesional en nutricional realice este tipo de trabajos de investigación que están ligados a la calidad de salud y vida de estos individuos.

En Ecuador la esperanza de vida ha ido en aumento considerablemente, siendo así que los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer múltiples enfermedades entre ellas el deterioro cognitivo afectando la calidad de vida de las personas adultas mayores.

El deterioro cognitivo está asociado a varias enfermedades como el Alzheimer, procesos degenerativos, enfermedades sistémicas, desnutrición, entre otras. Considerando que a medida que la edad avanza a partir de los 65 años este grupo es considerado prioritario en los sistemas de salud, al ser una población de alto riesgo para la presencia de enfermedades de déficit nutricional afectando la memoria de esta población en estudio.

La nutrición en los adultos mayores es de vital importancia ya que hoy en día esta población en el Ecuador se ve incrementada. Sin embargo, esta población es la menos estudiada en el mundo. Un adulto mayor que no tiene una buena nutrición deteriora su calidad de vida y probablemente desencadena patologías ya que es un grupo de riesgo

y encontrar alteraciones en la conducta alimentaria podría, perjudicar su estado nutricional, desmejorar totalmente su salud y poner en riesgo su calidad de vida.

La investigación a realizarse tiene como fin determinar la prevalencia de alteraciones de la conducta alimentaria en los adultos mayores que presentan algún deterioro cognitivo en el hogar del anciano “San Vicente de Paul” e identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados. Así mismo, busca conocer las limitaciones de las personas de la tercera edad a la hora de alimentarse con el fin de prevenir la mal nutrición y mejorar la calidad de vida en este grupo etario.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Identificar los trastornos de la conducta alimentaria y relacionarlos con el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paúl” de la ciudad de Atuntaqui, provincia de Imbabura.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características socio demográficas de los adultos mayores.
- Evaluar la conducta alimentaria del adulto mayor mediante la “Escala de Blandford”
- Valorar el nivel cognitivo del adulto mayor a través del test de evaluación cognitiva (Test de Pfeiffer)
- Relacionar la conducta alimentaria con el estado cognitivo en los adultos mayores.

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de los adultos mayores del hogar del anciano “¿San Vicente de Paúl” de la ciudad de Atuntaqui, provincia de Imbabura?
- ¿La conducta alimentaria se encuentra alterada en los adultos mayores?
- ¿El nivel cognitivo de los adultos mayores investigados se encuentra deteriorado?
- ¿Qué relación existe entre la conducta alimentaria y el deterioro cognitivo en los adultos mayores?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Definición de adulto mayor

Se define como el ser humano que se encuentra cursando más de los 65 años se debe conocer entonces que los cambios que se dan en esta etapa de la vida humana son totalmente normales, por ello el envejecimiento es el proceso mediante el cual una persona atraviesa modificaciones de tipo morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propios por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado a lo largo del ciclo vital del individuo en un determinado ambiente (6).

Las Naciones Unidas considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en vías de desarrollo. Ecuador considera como una persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad, en algunos países la consideración va a depender de la calidad de vida y de las condiciones sociales de cada país. (7)

2.2 Clasificación del adulto mayor

La organización mundial de la salud ha realizado una clasificación sencilla de acuerdo las capacidades funcionales, psicológicas y emocionales que muestran los adultos mayores según la edad en la que se encuentran.

2.2.1 Ancianos jóvenes

Individuos de edades comprendidas entre los 65 -74 años. En general, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia es independiente para realizar las actividades de la vida diaria; por ello, el profesional sanitario deberá desarrollar para este colectivo un plan de educación dirigido a prevenir la incapacidad.

2.2.2 Ancianos

Personas de 75 – 84 años. La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacables, así como la morbilidad y la mortalidad.

2.2.3 Ancianos viejos

Personas mayores de 86 años en adelante. La fragilidad y la incapacidad son los aspectos predominantes. (8)

2.2.4 Envejecimiento de la población

El creciente aumento de la población anciana es uno de los cambios más significativos que se ha dado en las sociedades desarrolladas a pesar de los diferentes cambios que se ha dado en la sociedad, el grupo de adultos mayores son quienes han sufrido el olvido por parte de autoridades e instituciones internacionales.

Sin embargo, se deben considerarlos como un grupo vulnerable al cual se le atribuye los logros pasados de nuestra comunidad (10) (9).

Se observa a través de datos internacionales que la población mundial envejece de forma muy rápida, se estima que entre el 2015-20150 será el doble y que pasará de del 12% que se estima en los últimos años al 22%.

Por eso al realizar un análisis multifactorial se menciona que el bienestar mental, emocional, físico y funcional tienen vital importancia al momento de considerar a este grupo poblacional (11) (10).

Se menciona también que los trastornos neuropsiquiátricos y neurológicos afectan a más del 20% del total de la población adulta mayor, con ello se relaciona a los diferentes problemas nutricionales y de comportamiento que esto conlleva.

Y por ellos los años de vida ajustados por discapacidad aumentan según datos de la organización mundial de la salud.

2.3 Cambios que sufren los adultos mayores

En relación al paso de los años en ser humano se dan una infinidad de cambios, algunos se han caracterizado como alteraciones, la cuales tienen relación directa con el comportamiento biológico, psicológico y fisiológico de los seres humanos.

2.3.1 Cambios biológicos

Cambios en la estatura y el peso corporal

Se debe mencionar que de los 60 en adelante existe una disminución progresiva de la talla, de manera que se pierde 1 cm o más por década. Esta disminución se relaciona con la curvatura de la columna vertebral (lordosis o cifosis) y el aplanamiento de las vértebras.

A su vez, el peso corporal que ha aumentado progresivamente hasta los 40-50 años, se estabiliza después y, a partir de los 70 años, empieza a descender paulatinamente. (6)
Todos estos cambios hacen que la evaluación y estudio de este grupo poblacional se deba realizar de forma específica y especializada.

2.3.2 Cambios en los compartimentos corporales

Los cambios físicos van de la mano con la declinación de las funciones estado fisiológico del individuo.

- Aumento del compartimento grasa: aumenta la grasa visceral y disminuye la grasa subcutánea, es por ello que ellos se puede identificar porcentajes altos de grasas a nivel visceral.

- La disminución muscular es un trastorno frecuente en el anciano debido a la disminución de la proteína del músculo, a la disminución de la sensibilidad a la insulina y a la disminución del ejercicio físico. Esta pérdida de masa muscular se relaciona con un deterioro de la capacidad funcional, menor autonomía y con una mayor morbilidad. La sarcopenia que conlleva pérdida de fuerza muscular, es relativamente frecuente en geriatría, la depleción muscular también va de la mano con la complicación nutricional y dietética que se ve en este tipo de pacientes.
- La disminución de la masa ósea a causa de la desmineralización de los huesos se produce, entre otras razones, por los cambios en el metabolismo óseo, por alteraciones endocrinas y por la absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio.
- Disminución del agua corporal total (en la que destaca la del compartimento extracelular), con una menor capacidad para mantener el balance hídrico, de modo que las personas mayores son más susceptibles a la deshidratación.
- Involución o reducción del tamaño de diferentes órganos. (11)

Los cambios biológicos son aquellos que permiten relacionar con el sin número de enfermedades que aquejan a este grupo de individuos.

2.3.3 Cambios en el aparato digestivo

Los cambios que más afectan al binomio alimentación-nutrición son los que actúan sobre el aparato digestivo.

2.3.3.1 Región orofacial

Algunos de los problemas digestivos que más se observan en los adultos mayores, los médicos luego de hacer un análisis logran establecer relación entre nutrición y salud humana.

- La xerostomía, o sequedad de boca, es un problema común en la población anciana debido a una disminución de la secreción salival. La composición de la saliva también se altera: se hace viscosa y espesa. Los efectos fundamentales de estos dos cuadros revierten en dificultades de lubricación, masticación, degustación e ingestión, es por ello que se complica de sobremanera la forma de alimentarse en este grupo de edad.
- La pérdida de piezas dentarias y la disminución de la funcionalidad de las mismas, sea por composición, por estado, o por enfermedades odontológicas ha sido uno de los principales problemas motivo por el cual, se ha visto la necesidad de cambiar la textura, tamaño, y sabor de los alimentos.
- Las modificaciones del sistema neuromuscular de la cavidad bucal provocan una coordinación muscular deficiente para deglutir.
- La atrofia de las papilas gustativas (proceso que empieza alrededor de los 50 años) produce cambios en la sensibilidad a los sabores dulces y salados, lo que conduce al consumo de alimentos fuertemente sazonados o azucarados. (12)

2.3.3.2 Tracto gastrointestinal

- Los cambios en la mucosa gástrica y en las glándulas digestivas dan lugar a un descenso de la capacidad funcional digestiva. La menor flexibilidad del fundus gástrico motiva saciedad con menor cantidad de comida que en el adulto.
- La disminución de la motilidad intestinal, la superficie intestinal útil para la absorción, la capacidad de transporte de nutrientes y la reducción del flujo sanguíneo (entre la célula mucosa y la vena porta) alteran la capacidad global de digestión y absorción.
- Saciedad precoz debido a una menor distensión del fundus gástrico y una mayor estimulación del antro, al aumento de secreción de colecistoquinina (hormona gastrointestinal relacionada con el proceso fisiológico de la saciedad) y otros mecanismos hormonales (testosterona y leptina).

- La marcada atrofia del músculo propulsor y los cambios en las células secretoras de moco provocan cambios estructurales (diverticulosis) y funcionales (estreñimiento) del colon. (8).
- A mas de los cambios ya mencionados se pueden nombrar también problemas como estreñimientos relacionados con la poca motilidad intestinal, así como también por el escaso consumo de fibra alimentaria dentro de su dieta.

2.3.4 Cambios en el sistema nervioso

Con el pasar de los años, el número de las células del sistema nervioso disminuye y, a causa de la pérdida de tono de las neuronas, se produce un enlentecimiento de los movimientos y puede aparecer un signo clínico conocido como temblor senil. Los cambios en la memoria y la menor capacidad de adaptación afectarán al binomio alimentación-nutrición, al ser uno de los principales que permiten la coordinación y el equilibrio en el funcionamiento del cuerpo humano es este sistema humano que comienza el problema de deterioro cognitivo y nervioso, así como los problemas de comportamiento y de alimentación (13)

2.3.5 Cambios en los órganos de los sentidos

La vista, el gusto y el olfato disminuyen con la edad; ello puede interferir en la palatabilidad de diferentes alimentos y modificar el comportamiento alimentario.

2.3.6 Cambios metabólicos

- El metabolismo basal (mínima energía necesaria para mantener la vida) disminuye entre el 10 y 20% entre los 30 y 75 años debido a la menor masa muscular y a la poca actividad que realizan en todo el día.
- La absorción de los hidratos de carbono no se altera hasta edades muy avanzadas; sin embargo, la intolerancia a la lactosa se presenta frecuentemente debido a una disminución en la actividad de la lactasa. La incidencia de la diabetes aumenta

con la edad y a menudo se relaciona con un sobrepeso, los cambios metabólicos todos se relacionan con fenómenos que acontecen con los años en el cuerpo humano mucho más aun cuando ya han cumplido con largos años de funcionamiento.

- La concentración plasmática de colesterol se modifica con la edad y con el sexo. Aumenta progresivamente entre los 20-50 años, posteriormente se estabiliza y a partir de los 70 años disminuye progresivamente.
- En el metabolismo de las proteínas el músculo pierde protagonismo para adquirirlo del hígado y el intestino. En general, podemos afirmar que el desgaste proteico está aumentado en la persona mayor, los desgastes proteico muscular son problemas que no se han podido disminuir.
- En cuanto al metabolismo del calcio, hay que destacar que con la edad se pierde la capacidad para aumentar la absorción intestinal de calcio cuando la ingesta de éste es deficitaria, por son los adultos mayores quienes comienzan con la suplementación de vitaminas necesarios para mantener equilibrio dentro de su organismo, tanto de calcio, fosforo, hierro, magnesio entre los más importantes.
- Respecto al metabolismo de las vitaminas, no se han hallado modificaciones con la edad, excepto la mayor tendencia a la hipovitaminosis D en las personas institucionalizadas y con una menor exposición al sol. (12)

2.4 Características psicosociales del adulto mayor

2.4.1 Características psicológicas del adulto mayor

A nivel psíquico se produce un envejecimiento de las capacidades intelectuales que se inicia hacia los 30 años y se incrementan en la vejez sobre todo cuando el individuo a cumplido más de los 65 años. Existe pérdida de la capacidad para la resolución de problemas, se va alterando la capacidad de lenguaje y expresión y se producen alteraciones en la memoria este último sobren todo ya que es común encontrar problemas de Alzheimer, pérdida de memoria y delirios mentales sobre todo cuando existen problemas emocionales o cognitivos anteriores.

Suele padecer amnesia focalizada en el tiempo. Su auto concepto varia siendo bajo en muchos de ellos, principalmente cuando se jubila, a no ser que tenga trabajo y actividades que hacer. Al tener mucho tiempo libre, si no está bien regulado y organizado, su deterioro puede ser más rápido.

La capacidad para adaptarse a un nuevo estilo de vida es uno de los factores por los cuales el adulto mayor puede padecer de depresión emocional y psicológica transformándola con el tiempo en un problema en una atadura y condición problemática para quienes ya no se sienten con la capacidad de valerse por si mismo.

Las actividades de todo tipo le suelen dar una fortaleza en la confianza en sí mismo y el deterioro físico y psíquico se vuelve más lento. Una rutina o un trabajo continuo le dan la posibilidad de mantener un mejor nivel de rendimiento para sus actividades y con ello una fortaleza en la que le permite confiar sobre sus capacidades. (9)

2.4.2 Características sociales del adulto mayor

Los cambios en el aspecto social hacen referencia al papel del anciano en la comunidad donde encontramos que algunos lo consideran una carga y otros una persona que merece mucho respeto. Cada una de las situaciones va a depender de la cultura las tradiciones sociales e inclusive de la convicción social y de la etnia.

El papel que va a desempeñar en la sociedad, en la que solo se valora al hombre activo que es capaz de producir y generar riquezas, se modifica con la jubilación, realizando ahora tareas de tipo hobby o tareas de ayuda social, como participante en asociaciones de tipo cultural y social, no habiendo una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos lo que podría generar en ellos sentimientos de inutilidad y poco reconocimiento social , sin embargo se debe considerar que existen familias para quienes la longevidad es asunto de sabiduría experiencia y voluntad de vivir . (9)

2.5 Necesidades en el adulto mayor

Se debe considerar que como cualquier grupo poblacional vulnerable los adultos mayores tienen necesidades, que tanto el estado, las familias y los actores sociales deben tomar atención.

2.5.1 Definición de necesidad

Existen diferentes significados para las necesidades según diferentes autores. La perspectiva de Marx se centra principalmente en el concepto de escasez o carencia, entendiéndose con ello la falta de bienes para cubrirla y su superación se impone al sujeto con gran prioridad para poder continuar su vida individual.

Según una perspectiva funcionalista, la sociedad es un sistema complejo cuyas diversas partes funcionan conjuntamente para generar estabilidad y solidaridad. Esta perspectiva entiende que las necesidades humanas motivan las acciones organizadas y crean instituciones que ayudan a satisfacer las necesidades de los individuos. (14)

Desde un análisis de protección y derechos humanos se debe considerar que la necesidad de un adulto mayor, no debe ser considerada como tal, sino que más bien se considere como un derecho que en la actualidad es el deber de algunas instituciones y autoridades ver que se den en cumplimiento.

2.5.2 Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow



Según Maslow, las necesidades tienen una Estructura organizacional con diferentes grados de potencia. Cuando un nivel de necesidades se satisface se puede pasar al próximo. Las necesidades inferiores son déficit y las necesidades superiores se relacionan con requerimientos del desarrollo. Él refiere que las necesidades inferiores son más potentes y tienen prioridades superiores. Una vez satisfechas, aparecen las necesidades superiores y la persona se motiva para satisfacerlas. Maslow clasifica las siguientes necesidades en orden jerárquico:

Para un entendimiento más claro se realiza las siguientes determinaciones:

- **Necesidades fisiológicas**

Son las potentes de todas y las que tienen menor significado para la persona en busca de la autorrealización. Entre ellas se encuentran la necesidad de liberación de sed y hambre; la necesidad de dormir, de sexo, de alivio del dolor y de desequilibrio fisiológico. En el Adulto mayor, de acuerdo con sus características debido a la edad, se caracteriza por lo que conocemos como necesidades básicas donde se buscará y se considerará en primer lugar la parte biológica de la persona.

Al entender este tipo de necesidades entendemos que depende más de las condiciones en las que se encuentra su salud y su funcionalidad biológica ya que es desde este

punto donde se puede establecer los demás parámetros importantes de la vida de un individuo.

- **Necesidades de seguridad**

Si las necesidades fisiológicas son superadas o no constituyen un problema serio para la persona, las necesidades de seguridad se convierten en la fuerza que domina la personalidad. La mayoría de las personas llegan sólo hasta este nivel y esto se refleja en la preocupación por grandes ahorros, comprar seguros, etc.

Esto se relaciona con el adulto mayor no solo en un tipo de seguridad externa, brindada por familiares no familia, sino también la seguridad personas y estabilidad en la que se encontraría el adulto mayor.

Para un adulto mayor tener la seguridad de ser parte de una sociedad es fundamental sin embargo en la sociedad actual, esto se ha visto bastante comprometido con un sin número de problemas; esto debido a que el abandono de los adultos mayores en asilos casas de acogida y en casos inclusive en las calles no permite que ellos tengan la seguridad necesaria.

Además, que estas se ven comprometidas con las necesidades fisiológicas ya que estas van de la mano cuando se trata del análisis y evaluación de la calidad de vida de un grupo determinado, la necesidad de seguridad por vivir y sentir que sus derechos se dan cumplimiento a cabalidad es una de las más grandes necesidades de aquellas personas que ya han vivido sus mejores años.

- **Necesidades de pertenencia a un grupo**

Son necesidades orientadas socialmente. Depende de que ocurra cierto grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad. En el adulto mayor la necesidad de amor y pertenencia está muy ligada a la relación con amigos, familiares, personas de su entorno y su relación con el sexo opuesto.

Según estudios de la situación psicológica y emocional de los adultos mayores indica que cuando se encuentran con personas de su misma edad y características similares, estos tienen mayor facilidad de acoplarse y convivir de mejor forma, por ello los grupos de apoyo, los asilos y las casas de hogar para ancianos ayudan a que esta necesidad se vea cumplida por lo menos mientras se encuentran en estos lugares.

- **Necesidades de estima**

Son necesidades asociadas a nuestra constitución psicológica. Se pueden subdividir en dos tipos: las que se refieren al amor propio y las que se refieren al respeto de otros (reputación, condición social, fama, etc.). Un trastorno en esta área lleva a un sentimiento de inferioridad que se manifiesta con sentimientos de culpa y de vergüenza. Si relacionamos esto con los adultos mayores aparecerán los aspectos sociales los cuales en ocasiones él se enfrenta. Desde su autoestima hasta la opinión que recibe de los demás, son aspectos que participan en su estado de salud (12).

La necesidad de estima y afecto está ligada directamente con el apego a su familia o a sus amigos además de la percepción propia de cada uno de su lugar en la vida de las personas que lo rodean, este de hecho también va ligado a la aparición de problemas psicológicos e inclusive desencadena en serios problemas neurológicos.

- **Necesidades de autorrealización**

Varían de un individuo a otro, incluye la satisfacción de la naturaleza individual en todos los aspectos. Las personas que se autorrealizan siguen las conductas dictadas por la cultura acorde a su sentido del deber, pero si éstas intervienen con el desarrollo en su dimensión espiritual, fácilmente reaccionan contra ellas. Para que una persona obtenga la autorrealización debe satisfacer muchas necesidades previas para que éstas no interfieran ni utilicen energías que están abocadas a este desarrollo.

Para los adultos mayores esta necesidad también está presente ya que participa en su calidad de vida (capacidad sociocultural, estimulación cognitiva). (15)

La necesidad de auto realización en este grupo de edad se ve relacionado directamente por la forma en la que el adulto mayor califica su forma de haber vivido y por todo lo que ha hecho por los suyos por ello estas dos últimas necesidades van de la mano ya que el sentirse estimado u apreciado, dependerá de su autorrealización que en los ancianos se ve reflejada en las buenas o malas acciones que hicieron por quienes lo rodean.

2.6 Requerimientos nutricionales para adultos mayores

Es la cantidad mínima de energía calórica, principios inmediatos (proteínas, hidratos de carbono y lípidos), agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo.

Como se ha mencionado las necesidades calóricas en este grupo poblacional se ve afectada por muchos factores.

Desde el ámbito nutricional se debe considerar sin embargo que la nutrición en el adulto mayor debe llevarse de forma monitoreada y controlada para evitar complicaciones en su estado de salud y su calidad de vida.

Esta estimación dependerá de cada individuo, y de sus propias características: sexo, edad, contextura física, actividad física, condición biológica; la formula según la FAO/OMS según el sexo y la edad, expresadas en kcal/día, que para las personas mayores son:

Varones > 60 años = $13.5 \times \text{Peso (kg)} + 487$

Mujeres > 60 años = $10.5 \times \text{peso (kg)} + 596$

El requerimiento es la adición del nivel de actividad física más el metabolismo basal. Este último disminuye entre un 5 y un 10% por cada década sobre los 65 años. La RDA (Recommended Daily Allowance), señala un valor de 2.200 Kcal para hombres mayores de 51 años y 1.900 Kcal para mujeres de la misma edad. (16)

Considerando que el ajuste dietético en los adultos mayores se relaciona con su estado fisiológico se debe indicar que este puede aumentar o disminuir dependiendo si este presenta o no problemas de salud estos pueden ser por déficit o por exceso de un determinado nutriente.

2.6.1 Tipos de nutrientes para adultos mayores.

2.6.2 Energía

Las necesidades energéticas en el anciano son menores que en el joven debido fundamentalmente a la disminución de su masa muscular y de su actividad física. Se ha observado que al menos el 40% de los ancianos de más de 70 años ingieren menos de 1500 Cal/día.

A partir de los 65-70 años el nivel de azúcar en sangre es con frecuencia, más elevado de lo normal, por lo que se debe consumir menos dulces, repostería, bebidas con azúcar, sobre todo en pacientes que tengan factores de riesgo para padecer diabetes o enfermedades cardiovasculares. En cambio, los cereales (pan, arroz, pasta), papas y legumbres, deben seguir presentes en cada una de las comidas del día.

Después de los 65 años no hay que abusar de alimentos grasos de origen animal (mayonesa, crema, mantequilla, quesos curados, carnes grasas, embutidos), ya que se relacionan con niveles altos de colesterol y otras grasas (triglicéridos) que aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Como se ha explicado en este grupo de edad la elevación de los niveles de colesterol y triglicéridos es bastante común.

Para personas mayores que no consumen calorías suficientes por falta de apetito, malestar u otras causas, conviene preparar platos completos, de poco volumen, pero muy nutritivos (16)

2.6.3 Proteínas

El aporte de proteínas en el anciano puede verse comprometido debido a múltiples causas tales como los trastornos de la masticación, cambios en las apetencias, coste elevado de los alimentos proteicos, alteraciones digestivas y procesos patológicos, en el ámbito clínico y médico es bastante común encontrar adultos mayores con desnutrición proteica, caquexia e inclusive con desnutrición severa que les causa la muerte.

Muchos son los problemas que causan una mala alimentación sobre todo cuando no existe un desequilibrio entre los macronutrientes y micronutrientes.

Expertos en la nutrición y salud geriátrica indican que en esta edad se debe sobre todo cambiar la textura de los alimentos y estos no deben dejar de ser nutritivos y saludables.

El déficit de proteínas favorece el desarrollo de múltiples complicaciones

- Disfunción del sistema inmunitario.
- Mala evolución de la enfermedad
- Aparición de edemas y úlceras de decúbito
- Mayor número de infecciones urinarias, respiratorias y de las heridas
- Mayor pérdida de masa muscular
- Astenia, depresión e inmovilidad

Las proteínas deben aportar entre el 10 y el 15% del consumo energético, lo que significa alrededor de 1 gr./Kg. día en ancianos sanos. Cabe señalar que los ocho aminoácidos esenciales (no son sintetizados por el organismo) deben ser aportados por la dieta, lo que implica que se debe consumir proteínas de alto valor biológico

(proteínas de origen animal) a pesar de que en esta edad se pueden dar intolerancias sobre todo en alimentos cárnicos y proteicos de alguna forma se debe lograr cumplir con los requerimientos para este grupo de edad. (17)

Las proteínas y su absorción son uno de los temas en los cuales el profesional en nutrición debe abordar todas las estrategias posibles para evitar desnutrición proteica acelerada.

2.6.4 Hidratos de carbono

En el adulto mayor las necesidades son aproximadamente 4 gr./Kg. /día, representando entre un 55 y un 60% del contenido energético total.

Los hidratos de carbono impiden que se utilicen las proteínas como fuente de energía, un aporte adecuado de hidratos de carbono ayuda a mantener el peso y la composición corporal. Su exceso se deposita en el hígado y en los músculos en forma de glucógeno (reserva de energía) y el resto se convierte en grasa que se almacena en el tejido adiposo o graso. Los hidratos de carbono buscan ser la principal fuente de energía para que se conserve las reservas de musculo.

Sin embargo, se debe mucho cuidado con los carbohidratos simples ya que estos pueden intervenir en el equilibrio metabólico, y de este los niveles de glucosa y de triglicéridos. al acompañamiento medico en el tratamiento nutricional es fundamental.

- Simples o de absorción rápida (llegan rápidamente a la sangre): Azúcar, almíbar, caramelo, jalea, dulces, miel, chocolate y derivados, repostería, pastelería, galletería, bebidas refrescantes azucaradas, fruta y su zumo, fruta seca, mermeladas. Su consumo debe ser racional y en cantidades moderadas.

De preferencia se debería evitar el consumo de este tipo de alimentos en los adultos mayores para evitar complicaciones nutricionales y de salud.

- Complejos o de absorción lenta (pasan más lento del intestino a la sangre): Verduras y hortalizas y farináceos (pan, arroz, pasta, papas, legumbres, cereales de desayuno). Deben estar presentes en cada comida del día. (17)

Es importante considerar la textura de este tipo de alimentos sobre todo pasar adultos mayores que ya no tienen buena funcionalidad de sus piezas dentales.

2.6.5 Lípidos

Tal como los carbohidratos y las proteínas los lípidos son un micronutriente que juega un papel fundamental en mantenimiento de la composición corporal de los adultos mayores se debe considerar entonces que es muy necesario saber escoger el tipo de grasas que se utilizan en la preparación de sus alimentos.

El adulto mayor necesita un aporte de grasa adecuado como fuente de energía, vehículo de vitaminas liposolubles y también para mejorar la palatabilidad de la dieta; las grasas deben aportar como máximo el 35% de la energía de la dieta con una distribución de <10% de ácidos grasos saturados, 10% de poliinsaturados y el resto como monoinsaturados. El aporte de colesterol no debería sobrepasar los 300 mg/día. (17)

En la población europea y americana se recomienda que el aporte de grasas no sobrepase el 30% de la energía diaria. Sin embargo, en España y otros países en los que el aceite de oliva representa la parte mayoritaria del total de grasas de la dieta, su ingesta global puede llegar hasta el 35% de la energía. (17)

2.6.6 Elementos reguladores (vitaminas, minerales, agua y fibra)

Son sustancias que regulan los procesos que tienen lugar en el organismo. Por ello, es recomendable comer diariamente verdura y fruta fresca.

Todas las vitaminas y minerales conocidos como sustancias reguladoras tienen diversas funciones en el organismo del adulto mayor es por ello que se debe priorizar la presencia de frutas y verduras en este tipo de individuos, sin olvidar que el cambio de textura y la forma de preparación de estas juega un papel fundamental en el consumo de alimentos en el adulto mayor.

Vitaminas

Las vitaminas son sustancias imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo. Ya que el hombre es incapaz de sintetizarlas, es necesario que su aporte a través de la dieta sea adecuado y suficiente. En el anciano existen numerosas causas que favorecen la aparición frecuente de déficits vitamínicos, tales como:

- Aporte calórico insuficiente. (bajo consumo de alimentos)
- Dietas hipo grasas sin evaluación previa
- Rechazo de frutas y verduras por sabor o textura
- Disminución del apetito.
- Mala preparación y conservación de los alimentos.
- Excesivo uso de laxantes por problemas de estreñimiento
- Uso de múltiples medicamentos que afectan absorción de nutrientes
- Patología aguda y/o crónica.

Otros de los importantes factores es la exposición al sol sobre todo por la absorción de la vitamina D y el calcio puede causar que estos sean insuficientes para la conservación del hueso y hagan necesaria la valoración de su suplementación.

Diversos estudios no han demostrado exigencias específicas para las personas de edad avanzada, pero han mostrado deficiencias clínicas o subclínicas de vitaminas A, B1, B6, B12, C, D y Folatos. Una alimentación sana y equilibrada permite cubrir las necesidades vitamínicas del organismo, por lo que los suplementos deben usarse con precaución pues incluso pueden provocar reacciones adversas.

La variedad de alimentación y la forma de preparación de dichos alimentos hacen que a la hora de comer sea necesario ver color variedad y facilidad de consumir la considerar que existen alimentos en los cuales no haya forma de cambiar de forma agradable su consistencia, la alimentación se ve limitada y puede parecer monótona e incompleta, por ello se debe hacer una intervención personalizada y especializada.

Minerales y Oligoelementos

Las sales minerales son elementos que el cuerpo requiere en proporciones pequeñas. Su función es reguladora, no aportan energía. Los principales minerales intervienen en la conformación de huesos, dientes y articulaciones aparte de intervenir en algunas funciones reguladoras.

Calcio: Forma parte de huesos, tejido conjuntivo y músculos. Junto con el potasio y el magnesio, es esencial para una buena circulación de la sangre y juega un papel importante en la transmisión de impulsos nerviosos. Alimentos ricos en calcio: lácteos, frutos secos, pescados, bebidas de soya enriquecidas.

Productos lácteos deben ser incluidos en todas las comidas. El calcio que ellos contienen es esencial para limitar los riesgos relacionados con la osteoporosis (responsable, en particular, por fracturas de la muñeca y caderas razón por la cual los ancianos tienen problemas traumatológicos en estas zonas de su cuerpo).

Magnesio: Esencial para la asimilación del calcio y de la vitamina C, interviene en la síntesis de proteínas y tiene un suave efecto laxante. Es importante para la transmisión de los impulsos nerviosos, equilibra el sistema nervioso central y aumenta la secreción de bilis. El cacao, la soya, los frutos secos, las legumbres y verduras verdes y el pescado, son fuentes de este mineral.

Hierro: Necesario para la producción de hemoglobina (transportador de oxígeno en la sangre), interviene en los procesos de obtención de energía. Se absorbe mejor el hierro de los alimentos de origen animal que el de origen vegetal (la vitamina C y el ácido

cítrico, en frutas y verduras, mejoran su absorción). Abunda en las carnes (sobre todo la de caballo), hígado, pescados, yema de huevo, cereales enriquecidos, frutos secos y levaduras.

Otros de los elementos que se debe considerar a la hora de la evaluación de la dieta de un adulto mayor se refiere a la hidratación y al consumo de fibra estos 2 factores se relacionan de forma directa con el funcionamiento gástrico y metabólico ya que ambos ayudan a evitar problemas de estreñimiento.

Agua: El mecanismo de la sed está alterado en los ancianos por lo que la ingesta de agua es habitualmente menor. El requerimiento mínimo diario no debe ser inferior a 1.500 CC. Distribuido en alimentos y agua en distintas combinaciones. El consumo de agua en los adultos no debe ser menor a 5 vasos de agua en el día.

Fibra: La fibra ayuda a los movimientos intestinales y su carencia puede ser causa de constipación o estreñimiento. Esta condición se agrava por falta de ejercicio y de ingesta de líquidos 20 a 30 g diarios de fibra por día son suficientes para prevenir este problema, a pesar de que por la textura de los alimentos ricos en fibra este podría ser un problema se debe mencionar que una mejor forma al prepararlo puede ayudar con la situación.

Todas las consideraciones y explicaciones sobre los adultos mayores ayudaran de una u otra forma a tener una guía de cuán importante es una alimentación y nutrición adecuada con el fin de evitar problemas en su salud.

Los alimentos que se consuman harán que el adulto mayor no tenga problemas en el comportamiento alimentario y nutricional y de este modo, no se vean afectadas algunos otros parámetros importantes.

2.7 Demencia y estado nutricional

El sistema nervioso central (SNC) depende del soporte nutricional. Este tiene gran influencia en la ingesta nutricional de la persona, ya sea en el estado de salud o de

enfermedad. Habitualmente el estado nutricional puede verse afectado por diferentes situaciones que se producen habitualmente por enfermedades degenerativas del SNC, como las demencias. (18)

- Pérdida de peso.
- Trastornos de la conducta alimentaria

2.7.1 Pérdida de peso

Disminución involuntaria del peso corporal total. Representa un factor de riesgo en personas de edad avanzada como son los adultos mayores, asociándose a la vez con altos índices de mortalidad, declive en las actividades básicas de la vida diaria y capacidad funcional, disminuyéndose así la calidad de vida y por ende un riesgo de institucionalización. Entre las distintas causas de pérdida de peso, algunas dependen del deterioro cognitivo y pueden ser reversibles, como olvidarse de comer o no tener comida. Otras, pueden atribuirse a trastornos de conducta o a trastornos delirantes, sobre las que también es posible actuar, y otras, como la disfagia pueden ser más difíciles de revertir y más propias de la enfermedad. (18)

Existen estrechas correlaciones entre pérdida de peso, tiempo de evolución y severidad de la demencia, lo que sugiere que la disminución de peso parece agravarse con la evolución de la demencia y que, habitualmente, conduce en estadios avanzados del proceso a un estado de caquexia. Existiendo factores implicados en la pérdida de peso en la demencia:

Factores primarios

- Alteración cognitiva
- Alteraciones de la conducta
- Disfagia orofaríngea
- Mediadores inflamatorios

Factores secundarios

- Dietas inadecuadas

- Problemas bucodentales
- Comorbilidades
- Fármacos
- Depresión
- Dependencia

2.7.2 Trastornos de la conducta alimentaria

Regularmente los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienden a desarrollarse en la adolescencia, por lo que ha sido poco definido el desarrollo de TCA en adultos mayores. No obstante, una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que ocurren en edad avanzada favorecen la malnutrición, aumentando así el riesgo de desarrollar un TCA. En general, la presencia de depresión establece un factor importante para el inicio de un TCA en adultos mayores.

Se define a los trastornos de la conducta alimentario (TCA) como un síndrome caracterizado por una afectación en los mecanismos controladores tanto de la del inicio de la ingestión como del conjunto de actos psicomotores, por exceso o por alteración en su calidad, que conducen al enfermo a desarrollar conductas anómalas, tanto en el sentido psicomotor como en el social, que afectan a corto o largo plazo a la consecución de una ingesta adecuada. Parece existir una relación directa entre el nivel de estrés del cuidador y gravedad de los TCA. (19)

Las dificultades que se presentan en el proceso de la alimentación en pacientes con demencias están directamente asociadas a la edad del cuidador, a la severidad de la enfermedad, al nivel de autonomía del paciente y a su funcionamiento psicológico (inquietud y trastornos de conducta). Así, la severidad de la afectación cognitiva y el nivel de estrés del cuidador se comportarían como factores predictores del desarrollo de conductas alimentarias aversivas en pacientes con demencias.

Los TCA más conocidos son la anorexia, distinguiéndose distintos factores para el diagnóstico de anorexia en adultos mayores. Por un lado, podría ser un caso típico de Anorexia nerviosa desarrollado en la adolescencia y que ha reaparecido como consecuencia de un factor estresor en la edad adulta mayor. Por otro lado, puede

desarrollarse un cuadro de anorexia en un adulto mayor que presenta un patrón de conducta alimentaria alterado durante toda su vida o una alteración alimentaria crónica.

Es así que podríamos definir a la anorexia en esta etapa de vida como es la del adulto mayor como un desinterés generalizado y activo por el consumo de cualquier alimento. No entraría dentro de este concepto la saciedad precoz que presentan los pacientes gastrectomizados y aquellos con alguna organomegalia. Tampoco considerar como anorexia el rechazo o miedo a la comida, denominado sitiofobia o sitofobia, que sufren algunos enfermos psiquiátricos debido al negativismo, a las ideas delirantes o las alucinaciones o, incluso, al temor a una ingesta dolorosa. (18)

Finalmente, tampoco se debería considerar como anorexia el rechazo a las dietas poco apetecibles ofrecidas en instituciones u hospitales como las trituradas, asódicas, etc. La anorexia es muy prevalente entre la población anciana. Parece afectar a un 6-15% de ancianos en la comunidad y hasta un 25-60% de los ancianos institucionalizados. Dos tercios de las personas con demencia que viven en el domicilio presentan desde el comienzo de la enfermedad una disminución de su consumo alimentario. La anorexia contribuye al agravamiento de la pérdida de peso y puede ser debida a múltiples causas:

Modificaciones somáticas:

- Alteración del gusto y del olfato
- Disminución del apetito
- Aumento de la saciedad

Trastornos neuropsiquiátricos asociados a la enfermedad:

- Pérdida de memoria y desorientación.
- Alteración de la capacidad de juicio.
- Trastornos del humor, indiferencia, apatía.
- Trastornos delirantes: la comida puede rechazarse ante el temor de envenenamiento. Muchas de las veces, ciertas actitudes de la familia o del personal al cuidado del adulto mayor suponen una cierta forma de confirmación de ese temor.

Pérdida de autonomía y de los hábitos alimentarios.

Los cambios repentinos en los gustos y preferencias alimentarias son frecuentes y afectan a más de la mitad de los pacientes que presentan demencias. La preferencia por alimentos azucarados define a personas con demencias al parecer es una característica de la demencia y podría corresponder a una afectación específica del hipotálamo. El consumo de proteínas sufre una disminución más marcada que en esta población. También se puede encontrar una mayor apetencia por las especias o un cambio en las preferencias de bebida. Comportamientos “orales” se describen en una cuarta parte de los demenciados, y se caracterizan por el hecho de llevar o explorar objetos con la boca, comer sustancias no comestibles (jabón, plantas, heces...) o alimentos no apropiados (no cocinados, alimentos para animales). (20)

Determinados fármacos pueden producir anorexia

La influencia de los fármacos en el estado nutricional de los pacientes que padecen demencia puede actuar de diversas formas. Muchos de los medicamentos, pueden producir una disminución del apetito y alterar el estado nutricional desencadenando anorexia, otros que pueden alterar el olfato y/o el gusto de los alimentos son también fármacos que producen alteraciones, tales como náuseas, vómitos, alteración del ritmo intestinal, o hemorragias digestivas desarrollando síntomas gastrointestinales y sequedad de boca. La interacción fármaco-nutriente que alteran la absorción de nutrientes, medicamentos que generalmente se suele utilizar en las demencias son antidepresivos y neurolépticos teniendo efectos negativos sobre la nutrición de este grupo vulnerable entre ellos encontramos:

- Antiinflamatorios: AINEs, colchicina, sales de oro
- Cardiovasculares: amiodarona, digoxina, hidralazina
- Diuréticos: furosemida, espironolactona,
- Antibióticos: metronidazol, tetraciclinas, aminoglicósidos
- Antidepresivos: tricíclicos, ISRS (fluoxetina, sertralina), litio
- Antidiabéticos orales: metformina
- Anticomiciales: fenitoína, fenobarbital

- Neurolépticos: butirofenonas, fenotiacinas
- Otros fármacos-SNC: levodopa y agonistas
- Suplementos de potasio, hierro, tocoferol y colecalciferol
- Quimioterapia
- Opiodes
- Otros: cimetidina, ranitidina, teofilina

Candidiasis orofaríngea

Es la enfermedad infecciosa ocasionada por el crecimiento de las colonias de *Cándida* y la penetración de las mismas en los tejidos orales cuando las barreras físicas y las defensas del huésped se encuentran alteradas. Es una infección frecuente de la cavidad oral de los adultos de edad avanzada. Aunque la incidencia real se desconoce, se sabe que existe una prevalencia aumentada en ciertas ocasiones como ocurre en ancianos, en presencia de prótesis mucosoportadas, xerostomía o en patologías asociadas frecuentemente en los mayores. especialmente prevalente en instituciones debido fundamentalmente, al consumo de psicótopos por disminución del flujo salival) y a la mala higiene bucal y de las prótesis dentales.

2.7.3 Escalas para evaluar los trastornos de la conducta alimentaria

Existe una gran variación individual de trastornos alimentarios y de la desorganización progresiva de conductas. En estas últimas décadas han ido desarrollándose diversas escalas con el fin de determinar la naturaleza de las relaciones entre la progresión de la alteración de las funciones cognitivas y los cambios alimentarios. En ellas se describen cambios que van desde la incapacidad de cocinar para uno mismo, a la capacidad de alimentarse de forma autónoma y a la disfagia en los últimos estadios de la enfermedad. El célebre psiquiatra bilbaíno Ajuriaguerra J et al. (1976), realizó una descripción clínica que muestra la riqueza y complejidad de la semiología de las

conductas alimentarias. En su trabajo demuestra que todos los aspectos del acto alimentario pueden estar alterados en la persona con demencia. Así, describe trastornos de conducta:

Ligados a conductas sociales.

Debidos al deterioro cognitivo (memoria, praxias, gnosias).

Dependientes de la actividad motriz implicada en la alimentación.

- Posición corporal.
- Estereotipias buco-linguo-faciales.
- Juegos con los instrumentos y los alimentos.
- Levantarse e irse de la mesa.
- Deambular.

Al tiempo.

- Pérdida de la sucesión convencional entre los platos.
- Cambios en el ritmo alimentario.

A la atención.

A los deseos, preferencias.

Al hambre, a la sed y a la saciedad. Posteriormente Blandford G (1998), en su escala distingue varios niveles sucesivos de desintegración de las conductas alimentarias. (18)

2.7.4 Escala de “Blandford” para identificar la conducta alimentaria

El comportamiento alimentario y la manera en que el adulto mayor se relaciona con el alimento, deben ser evaluadas periódicamente para evitar complicaciones nutricionales como desnutrición o pérdida de peso. En la práctica diaria, se puede utilizar la Escala de Blandford (Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford),

que permite evaluar la conducta a través de una serie de ítems muy sencillos que solo demanda la observación del encuestador y no requieren de la participación del paciente. (21)

Aunque no incluye una puntuación, esta escala permite identificar 5 estadios evolutivos:

2.7.4.1 Estadio 1: Comportamiento resistente

Aversión a alimentarse solo, el paciente presenta un comportamiento resistente a comer, con reflejos defensivos y rechazando sistemáticamente la comida.

Características sintomáticas

- Gira la cabeza ante una cuchara
- Coloca las manos delante de la boca para impedir la ingesta
- Empuja la comida o a la persona que trata de alimentarle
- Araña, golpea o muerde a la persona que le alimenta
- Tira la comida

2.7.4.2 Estadio 2: Dispraxia general/Agnosia

Secundaria a la confusión y a la falta de atención por el déficit cognitivo global.

Características sintomáticas

- Se alimenta solamente gracias a estímulos verbales
- Emplea los dedos en lugar de cubiertos
- Incapaz de emplear cubiertos
- Mezcla y juega con la comida, pero no la come
- Habla o vocaliza continuamente en lugar de comer

- Ingiere alimentos no comestibles (pañales, servilletas, etc.)
- Vagabundeo continuo a la hora de comer
- Ignora o no puede reconocer la comida

2.7.4.3 Estadio 3: Comportamiento selectivo

Mediante cambios cualitativos en la dieta se puede conseguir que el paciente coma.

Características sintomáticas

- Si no se le facilitan comidas determinadas o aditivos, no come.
- Tras facilitarle la comida que pide, la prueba, pero luego la rechaza
- No come con suficiente variedad
- Come pequeñas cantidades y después no quiere continuar
- Prefiere comidas líquidas (más 50% de la ingesta)
- Acepta únicamente líquidos

2.7.4.4 Estadio 4: Disfagia oro faríngea

Existe incoordinación muscular oral ante las fases bucal y faríngea de la deglución. Obliga a una dependencia prácticamente total del paciente hacia el cuidador con relación al acto de comer.

Características sintomáticas

- No abre la boca a menos que se lo fuerce físicamente
- Estrecha la abertura de los labios impidiendo la entrada de la comida
- Cierra la boca y los dientes impidiendo la entrada de la comida
- Presenta continuos movimientos de boca o lengua

- Acepta la comida y luego la expulsa
- Acepta la comida, pero no la traga
- Acepta la comida, pero se le cae porque mantiene abierta la boca

2.7.4.5 Estadio 5: Disfagia faringoesofágica

Existe atragantamiento y riesgo de aspiración, es la manifestación final de los trastornos de la alimentación. En este punto las técnicas de intervención ya no son válidas y se plantean alternativas a la alimentación oral como la nutrición artificial.

Características sintomáticas

- Tose o se atraganta con la comida
- Voz afónica o seca

2.7.5 Interpretación recomendada

Se coloca al paciente en un estadio según la mayoría de características sintomáticas que presente de cada estadio.

El conocimiento íntimo del comportamiento alimentario y las limitaciones de cada paciente permiten hacer un abordaje nutricional adecuado de forma individualizada (Alvares, 2009). La escala de Blandford o la Eating Behavior Scale permiten valorar el comportamiento dietético para poder realizar una atención específica al trastorno.

Expertos mencionan que un trastorno del comportamiento alimentario va de la mano con problemas psicológicos, fisiológicos y emocionales los cuales van a ir de la mano con el sinnúmero de cambios y alteraciones en su calidad de vida.

Cada uno de los factores que se mencionó permite identificar el problema de forma específica, para posteriormente encontrar su origen y su posible tratamiento

mencionando que este debe ser multidisciplinario ya que el medico el nutricionista y el psicólogo deben realizar el análisis y el manejo de forma conjunta e individualizada

Se puede deducir que el tratamiento en este tipo de complicaciones es difícil y un tanto confuso ya que estos pacientes, tienen muchos factores negativos que están dentro de su historia médica y clínica. Además de que estos se relacionan con problemas fisiológicos y metabólicos.

2.8 Nivel cognitivo del adulto mayor

“La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas”. (22)

En un adulto mayor el estado cognitivo se caracteriza por la capacidad de solucionar problemas que lo rodean y cuáles son los métodos que utilizan para acoplarse a ciertas circunstancias cotidianas.

Según Ross, W. (2012) El deterioro cognoscitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos tales como: la memoria, orientación, cálculo, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. (20)

Todos estos factores se ven afectados ya que es su capacidad mental la que se ve mayormente comprometida sobre todo los daños severos en estado cognitivo.

La función cognitiva cambia con la edad. Algunos adultos mayores envejecen normalmente manteniendo sus funciones cognitivas casi al igual que en la adultez, la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápida.

Algunas otras que ya se consideran patologías clínicas como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo y que afecta toda la forma en la que vive un individuo inclusive afecta su forma de alimentarse y su calidad de vida que es un factor importante de evaluación (22)

Visto como un síndrome psicológico geriátrico, esta alteración de las funciones mentales superiores, hace que el adulto tenga daños neuropsicológicos, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a una sola manifestación, sin lugar a duda es una patología difícil de explicar pero que si cambia la vida de cientos de adultos mayores.

Alteraciones cognoscitivas:

- Afasia (alteración del lenguaje).
- Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora este intacta).
- Agnosia (fallo en reconocimiento de objetos, a pesar de que la función sensorial este intacta).
- Alteración de la función ejecutiva (pensamiento abstracto, juicio, razonamiento) (20) (9).

2.8.1 Factores de riesgo para demencia y deterioro cognitivo

Los factores de riesgo para demencia en general caen dentro de 3 categorías: Envejecimiento, genética y ambientales. Dentro de estas incluyen los siguientes:

Considerando que estas 3 categorías tienen factores que se deben considerar en cada uno de ellos.

- Edad avanzada.
- Antecedentes familiares de demencia. (Actúa como patrón de descendencia)
- Trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia.

- Alteraciones en los vasos sanguíneos (Hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis).
- Diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos.
- Depresión y otros trastornos psiquiátricos (Esquizofrenia, psicosis, otros).
- Infecciones del SNC (Meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH).
- Abuso del alcohol y otras sustancias.
- Delirium postoperatorio o durante la hospitalización.
- Evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis.
- Algunos tipos de cáncer.
- Enfermedad de Parkinson.

2.8.2 Diagnóstico del nivel cognitivo

La evaluación clínica cognitiva solo se realiza después de que el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo.

Este proceso de llevarse a cabo como un establecimiento base de problemas neurológicos este sea en un centro médico o en una institución para evitar problemas de comportamiento y de salud.

El deterioro cognoscitivo se manifiesta por cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, apraxias, agnosias, etc.), el más común en la etapa de adulto mayor es la pérdida de la memoria; y sus causas son variadas, es por ello que el deterioro cognitivo se cataloga como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo, y en su caso, hacer el diagnóstico de demencia.

De la mano de la evaluación del estado cognoscitivo a través de una prueba de tamizaje, se debe de realizar una evaluación médica general, para descubrir trastornos

sistémicos asociados a delirium o factores de riesgo para demencia vascular o Enfermedad de Alzheimer (20)

Se debe realizar una revisión de los fármacos enfocándose en aquellos adultos mayores con polifarmacia. Se debe evaluar en particular a aquellos que usen psicotrópicos o fármacos con alto riesgo de toxicidad ya que es común encontrar casos de intoxicación en este tipo de pacientes.

La evolución clínica del deterioro cognoscitivo puede ser manifestada por cambios sutiles en la memoria, la capacidad de aprender y recuperar información que son notados por el propio paciente o sus familiares. (23)

Los problemas de la memoria suelen manifestarse con alteraciones del lenguaje o en la capacidad de nominación, como no encontrar la palabra, por ejemplo: “tenerlo en la punta de la lengua”. Todas estas manifestaciones clínicas de pérdida de memoria hacen que este síndrome geriátrico sea considerado un problema de salud.

2.8.3 Métodos de medición del nivel cognitivo para adultos mayores

Existen varios métodos para evaluar el nivel cognitivo de los adultos mayores, en este documento se analizan los métodos más simples que se pueden utilizar en nuestra población dado el bajo nivel de escolaridad que presentan.

2.8.3.1 Test de Pfeiffer

La escala Pfeiffer también conocida como SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) se trata de un breve cuestionario compuesto de once preguntas que miden el grado de deterioro cognitivo. Las áreas evaluadas son: la memoria a corto y largo plazo, información sobre hechos cotidianos, la capacidad de cálculo y la orientación entre las principales ventajas de este cuestionario se encuentra su aplicabilidad a personas con bajo nivel de escolarización, es importante señalar que el

test de Pfeiffer tiene buenos índices de especificidad y sensibilidad elevadas (superiores al 90%).

El Test de Pfeiffer, al igual que otros test cognitivos breves, está especialmente indicado para la detección de sujetos con deterioro cognitivo y demencia, tanto en Atención Primaria como en consultas especializadas, pero también es un instrumento adecuado para el seguimiento de pacientes o la evaluación de la respuesta al tratamiento. (24)

La escala Pfeiffer consta de once preguntas, por lo que es de rápida aplicación.

Evaluación del componente (Memoria a corto plazo)

1. ¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿En qué mes estamos?
4. ¿Cuántos años tiene usted?

Evaluación del componente (Memoria a largo plazo)

5. ¿Dígame el primer apellido de su madre?
6. ¿Cuándo nació usted?

Evaluación del componente (Información sobre hechos cotidianos)

7. ¿Quién es el actual presidente de Ecuador?
8. ¿Quién fue el presidente anterior?

Evaluación del componente (Ubicación)

9. ¿Nombre del lugar donde se encuentra?
10. ¿Número de teléfono y dirección del sitio?

Evaluación del componente (Capacidad de cálculo)

11. Empezando en 20 vaya restando de tres en tres sucesivamente

2.8.3.1.1 Interpretación recomendada

Para que una respuesta sea considerada como correcta, serán tenidos en cuenta los siguientes criterios de evaluación:

1. Se considera correcta solo si dice el día, mes y año exacto.
2. Se marcará como correcta solo dice el día.
3. La puntuación será aceptada como válida si describe el nombre de la residencia, lugar, casa, hospital, etc.
4. Se marcará como correcta solo si dice el mes.
5. Existen dos posibilidades de darla como correcta: si se confirma el número con algún familiar o si repite el mismo número dos veces. Lo mismo ocurre con la dirección.
6. Será correcta si corresponde con la fecha de nacimiento.
7. Se considera válida si aporta el día, mes y el año exacto.
8. Bastará con el apellido del presidente.
9. Al igual que la anterior, será suficiente solo con el apellido.
10. La verificación de la respuesta podrá verse en la ficha clínica, pero deberá ser correcta para puntual como válida.
11. Puntuará como correcta si es capaz de decir toda la serie completa: 20-17-14-11-8-5-2.

Errores:	Resultados:
0 – 2	Valoración cognitiva normal
3 – 4	Deterioro leve
5 – 7	Deterioro moderado
8 – 10	Deterioro severo

Un error equivale a un punto.

Fuente: Sociedad Española de geriatría y gerontología

2.8.3.1.2 Características y ventajas

- Breve: su aplicación requiere en general menos de tres minutos
- Aplicable a analfabetos
- No contiene tareas de “papel y lápiz” por lo que no crea rechazo en sujetos con nivel educativo bajo
- Los resultados y su utilidad no están influenciados por el nivel educativo
- Es aplicable a personas con escaso conocimiento del idioma en que se aplica (turistas, visitantes temporales)
- Se puede adaptar fácilmente a otros idiomas
- Fácil de evaluar y puntuar.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1 Diseño de la investigación

Estudio observacional descriptivo de corte transversal, debido a que se describe la situación observada y transversal porque se realizó en un solo momento.

3.2 Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizó en el Hogar del Anciano de Ancianos “San Vicente de Paul” de la ciudad de Atuntaqui, Avenida Julio M. Aguinaga entre German Martínez Cadena y Arturo Pérez.

3.3 Población y muestra

El universo del estudio son 39 los adultos mayores, residentes del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul”.

Se seleccionó después de criterios de inclusión y exclusión a 30 adultos mayores.

3.4 Criterios de inclusión

- Tener una edad mayor o igual a 65 años
- Firmar el consentimiento informado (adulto mayor o familiar)

3.5 Criterios de exclusión

- Adultos mayores con alteración psicológica severa o incapacidad de escuchar y hablar.

- Adultos mayores con discapacidad física, que tienen dependencia total.

3.6 Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	
Características sociodemográficas	Sexo	Masculino Femenino	
	Edad	65 a 74 años 75 a 85 años >86 años	
	Estado Civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre	
	Nivel de instrucción	Analfabeto/a Alfabetizado Primaria Secundaria Superior	
	Etnia	Afroecuatoriano Mestizo Indígena	
Conducta alimentaria	Escala de Blandford (Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford)	Estadíos: 1. Comportamiento resistente (reflejos defensivos) 2. Dispraxia general/Agnosia 3. Comportamiento selectivo	Presencia de varios signos positivos al Test, dentro de cada componente

		4. Disfagia oro faríngea 5. Disfagia faringoesofágica	
Nivel cognitivo	Test Pfeiffer	0 – 2 3 – 4 4 – 7 8 – 10	Val cogn normal Deterioro leve Deterioro moderado Deterioro severo

3.7 Equipos e instrumentos

En esta investigación se utilizó los siguientes equipos y materiales:

- Cuestionario (Características sociodemográficas)
- Test de Pfeiffer
- Escala de Blandford
- Lista de adultos mayores
- Programas informáticos
- Computador
- Materiales de oficina

3.8 Métodos de recolección de información

Las características sociodemográficas se obtuvieron mediante entrevista a cada adulto mayor o personal al cuidado de adulto mayor. (ver Anexo 1)

Para la evaluación de la conducta alimentaria, se utilizó la escala de Escala de Blandford, a la hora de la comida, los pacientes fueron evaluados mediante observación con el instrumento (Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford), que permite evaluar la conducta a través de una serie de ítems muy sencillos que solo requieren de la observación del encuestador y no requieren de la participación del

paciente. Aunque no incluye una puntuación, esta escala permite identificar 5 estadios evolutivos: aversión a alimentarse solo, dispraxia general o agnosia, comportamiento selectivo, disfagia orofaríngea y disfagia faringoesofágica. Se coloca al paciente en un estadio según la mayoría de características sintomáticas que presente de cada estadio, siempre y cuando sean mayoría. (ver Anexo 2)

La evaluación del nivel cognitivo, fue determinado mediante herramientas como Test de Pfeiffer, la información fue levantada con la ayuda profesional de la Psicóloga Doctora Johanna Calderón con el registro respectivo; su interpretación especificada en operaciones de variables. (Ver Anexo 3)

3.9 Análisis de datos

Con los datos obtenidos se elaboró una base de datos en Excel que posteriormente fue analizada con el programa SPSS, se realizó un análisis univariado y bivariado con todas las variables investigadas.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

4.1 Características sociodemográficas

Tabla 1. Etnia de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Etnia	N.º	%
Indígena	3	10
Mestizo	25	83,3
Afroecuatoriano	2	6,7
TOTAL	30	100,00

El análisis y evaluación de las características sociodemográficas de un grupo de estudio en especial, cuando se trata de un grupo poblacional vulnerable sobre todo en el aspecto de salud y nutrición.

En el grupo escogido para el presente estudio se logró determinar que en relación a la etnia el 83,3% es mestiza así también con porcentajes mínimos del 6,7 y 10% respectivamente la etnia afroecuatoriana e indígena.

Tabla 2. Estado civil de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Estado civil	N.º	%
Casado	4	13,3
Soltero	18	60
Viudo	6	20
Divorciado	2	6,7
TOTAL	30	100,0

La mayoría de los adultos mayores no tienen pareja (solteros, viudos o divorciados). Es importante mencionar estos aspectos de los adultos mayores ya que son ellos quienes presentan vulnerabilidad y necesitan cuidado y apoyo para cumplir sus actividades diarias.

Tabla 3. Nivel de instrucción de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Nivel de instrucción	N.º	%
Alfabetizado	21	70
Analfabeto	3	10
Secundaria completa	6	20
TOTAL	30	100,0

Al evaluar el nivel de instrucción de grupo poblacional se ha determinado que 70% de ellos son personas alfabetizadas por programas escolares que han visitado sus hogares, se evidenció también que solo 10% de los evaluados es analfabeto y que 20% son personas que accedieron a una educación secundaria durante su juventud.

Tabla 4. Rango de edad de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Edad	N.º	%
Adulto mayor maduro (65-74 años)	6	20
Adulto mayor senil (75-85 años)	12	40
Anciano (> 86 años)	12	40
TOTAL	30	100,0

En la presente tabla se evidencia que la edad en la que se encuentran los adultos mayores evaluados es de 64 años a 94 años con una edad promedio de 81,6 años, al evaluar la edad de la totalidad de la población escogida para el presente estudio se

determinó que 20% se encuentran entre los 65-74 años y son considerados adultos mayores maduros, 40% que es el mayor porcentaje se ubica en los 75-85 años, es decir, son adultos mayores seniles , así también 20% que son ancianos, todos estos adultos mayores son agrupados en este hogar para brindarle sus cuidados ya que de esta forma pueden llevar una forma de vida mejor .

Es importante comparar y mencionar que en un estudio realizado por De la Torre en el que señala que la edad mínima en la que se encontraban los adultos mayores fue de 66 años y la edad máxima va hasta 102 años esto demuestra que la esperanza de vida en la ciudad es mayor. (25)

Se debe considerar que a nivel nacional según la última encuesta de Salud y Bienestar (SABE) realizada en el año 2009 se evidenció que casi la mitad de la población de adultos mayores 45,6% en el último año han presentado trastornos o falta de apetito y el 22% a presentado disminución de peso. (26); situación diferente a la encontrada en este centro de cuidado.

Tabla 5. Sexo de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Sexo	N.º	%
Femenino	16	53,3
Masculino	14	46,7
TOTAL	30	100,0

En relación al sexo de los adultos mayores del hogar de ancianos se ha determinado que los porcentajes son similares ya que 53,3% son mujeres y el 46,7 son hombres. Existe una ligera predominancia del sexo femenino.

Al ser un hogar de ancianos mixto como la mayoría de estos establecimientos, éste permite mejorar las relaciones entre ellos y hacer de sus años de senectud tiempos de

paz y tranquilidad. La ONU ha manifestado que el cuidado de los adultos mayores es impuesto en cada uno de los países del mundo como una prioridad en el tema de salud pública ya que son considerados una población vulnerable.

Al considerar otros estudios como el realizado en San Juan de Dios en Quito 2016 en donde De la Torre Camila trabajó con 67 adultos mayores en donde el 52% era hombre y el 48% fueron mujeres esto en el año 2016, mostrándose en contraste con el presente estudio. (25)

4.1.2 Evaluación de la conducta alimentaria

Tabla 6. Comportamiento resistente - reflejos defensivos (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Comportamiento (reflejos defensivos)	resistente		Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Gira la cabeza ante una cuchara	0	0,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00
Coloca las manos delante de la boca para impedir la ingesta	0	0,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00
Empuja la comida o a la persona que trata de alimentarle	0	0,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00
Araña, golpea o muerde a la persona que le alimenta	0	0,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00
Tira la comida	0	0,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00

No se hallaron comportamientos resistentes o reflejos defensivos en ninguno de los adultos mayores.

En relación a otros estudios se deben mencionar que lo han realizado de forma sintetizada ya que en el hospital San Juan de Dios Moreno Erika indica que 63,16% de las mujeres y el 52,94% de los hombres presentaron trastornos graves en el

comportamiento alimentario. Además, se debe señalar que el trastorno grave en los adultos mayores requería asistencia alimentaria permanente ya que no presentan capacidad de coordinar los movimientos. (27)

Tabla 7. Dispraxia general/Agnosia (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Dispraxia general / Agnosia (Déficit cognitivo global, confusión, inatención)	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Se alimenta solamente gracias a estímulos verbales	9	30,00	21	70,00	30	100,00
Emplea los dedos en lugar de cubiertos	14	46,67	16	53,33	30	100,00
Incapaz de emplear cubiertos	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Mezcla y juega con la comida, pero no la come	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Habla o vocaliza continuamente en lugar de comer	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Ingiere alimentos no comestibles (pañales, servilletas, etc.)	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Vagabundeo continuo a la hora de comer	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Ignora o no puede reconocer la comida	2	6,67	28	93,33	30	100,00

Se halló una prevalencia promedio del 10,41% de adultos mayores que presentan dispraxia general. Los signos que presentan son el de emplear dedos en lugar de cubiertos en casi la mitad de la población, y el de alimentarse solamente gracias a estímulos verbales.

En relación al estudio realizado en el centro geriátrico San Juan de Dios, se menciona que la dispraxia general afecta al 28% de los evaluados resultados similares a nuestro estudio. (25)

Tabla 8. Comportamiento selectivo - requiere cambios cualitativos en la dieta (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Comportamiento selectivo (requiere cambios cualitativos en la dieta)	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si no se le facilitan comidas determinadas o aditivos, no come.	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Tras facilitarle la comida que pide, la prueba, pero luego la rechaza	0	0,00	30	100,00	30	100,00
No come con suficiente variedad	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Come pequeñas cantidades y después no quiere continuar.	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Prefiere comidas líquidas (más 50% de la ingesta)	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Acepta únicamente líquidos	0	0,00	30	100,00	30	100,00

No se halló comportamiento selectivo en los adultos mayores.

En los adultos mayores evaluados en anteriores estudios se logra identificar que según el comportamiento selectivo los investigadores señalan a los pacientes con un patrón de comportamiento selectivo 42%, y por ende tienden a una mayor prevalencia de tener bajo peso con un 67%. Esto es lógico ya que estos comportamientos se reducen a disminuir el consumo de alimentos, por distintas circunstancias. (25)

Tabla 9. Disfagia oro faríngea - incoordinación neuromuscular oral ante la ingesta (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Disfagia oro faríngea (incoordinación neuromuscular oral ante la ingesta)	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
No abre la boca a menos que se lo fuerce físicamente	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Estrecha la abertura de los labios impidiendo la entrada de la comida	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Cierra la boca y los dientes impidiendo la entrada de la comida	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Presenta continuos movimientos de boca o lengua	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Acepta la comida y luego la expulsa	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Acepta la comida, pero no la traga	0	0,00	30	100,00	30	100,00
Acepta la comida, pero se le cae porque mantiene abierta la boca	0	0,00	30	100,00	30	100,00

No se halló signos de disfagia oro faríngea en ninguno de los adultos mayores.

En un estudio anterior se indica que la disfagia oro faríngea se encuentra afectado con un 6% y esto lo relacionan con el estado nutricional siendo el más afectado. Así lo menciona De la Torre en su estudio. (25)

Tabla 10. Disfagia faringoesofágica - entrada de comida en la vía aérea (Escala de Blandford) de los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Disfagia faringoesofágica (entrada de comida en la vía aérea)	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Tose o se atraganta con la comida.	3	10,00	27	90,00	30	100,00
Voz afónica o seca	0	0,00	30	100,00	30	100,00

Se encontró el 10% de adultos mayores que presentan tos mientras degluten.

De la Torre indica la importancia del análisis comparativo según el estado nutricional para una mejor correlación y el entendimiento del problema al que se enfrentan los adultos mayores. (25)

Tabla 11. Análisis de la Escala de Blandford por sexo en los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul” Atuntaqui Imbabura 2019.

Signos positivos al Test	Femenino		Masculino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
No presenta ningún signo (0 respuesta positivas al test)	6	37,50	4	28,57	10	33,33
Presenta un signo (una respuesta positiva al test)	4	25,00	6	42,86	10	33,33
Presenta dos signos (dos respuestas positivas al test)	5	31,25	3	21,43	8	26,67
Presenta 3 signos (3 respuestas positivas al test)	1	6,25	1	7,14	2	6,67
Total	16	53,33	14	46,67	30	100,00

La mayoría de la población no tienen ninguna respuesta positiva en el test (33%), al igual que los que presentan una respuesta positiva en el test (33%). Se encuentra al 33% de la población con 2 y 3 signos positivos al test, sin que esto implique trastorno de la conducta alimentaria en ninguno de los adultos mayores evaluados. Sin embargo, se puede indicar que de quienes presentaron 2 signos positivos al Test, se encontró que las mujeres tienen mayor porcentaje.

Se debe considerar que la conducta alimentaria, tiene varias condicionante y circunstancias ya que, al estudiar estos temas, aunque resulte bastante tedioso, se ha encontrado pocos signos de problemas de comportamiento alimentario en más del 33%.

Por otro lado, Moreno Indica que los trastornos discretos según la escala de Bradford, afecta más en los hombres que en las mujeres ya que al ser hombres de menor edad presentaron una mejor conducta alimentaria. (27)

Tabla 12. Trastornos de la conducta alimentaria según Escala de Blandford en los adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul Atuntaqui Imbabura 2019.

Puntuación	Total	
	Frec	%
No hay trastorno	30	100,00%
Aversión a alimentarse solo	0	0,00%
Dispraxia general	0	0,00%
Comportamiento selectivo	0	0,00%
Disfagia orofaríngea	0	0,00%
Disfagia faringoesofágica	0	0,00%
Total	30	100,00%

Para la identificación de la conducta alimentaria se utilizó la escala de Escala de Blandford (Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford), a la hora de la

comida, mediante la observación, que permite identificar 5 estadios evolutivos: aversión a alimentarse solo, dispraxia general o agnosia, comportamiento selectivo, disfagia orofaríngea y disfagia faringoesofágica; se colocó al paciente en un estadio según la mayoría de características sintomáticas que presente de cada estadio. Sin embargo, al momento de la comida, se pudo identificar que todos los adultos mayores tenían muy buen apetito, ninguno de ellos tenía aversión a los alimentos, nadie sobraaba alimentos, es decir, no hubo comportamiento alterado con respecto a la conducta alimentaria.

No se halló trastornos de la conducta en esta población, pese a ser un grupo de edad avanzada, en donde fisiológicamente el apetito, las enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo severo que presentan pueden influenciar en la conducta alimentaria y por ende en el estado nutricional.

En los grupos de adultos mayores del Centro Geriátrico San Juan de Dios se puede identificar que según el análisis y la deducción indican que 10,8% tienen comportamiento resistente a la hora de alimentarse, así también dispraxia general en un 21,6% de los evaluados y comportamiento selectivo con un 45,9% ya que la respuesta de disminución de la ingesta de la dieta produce algunos cambios que afectan el estado de salud y nutrición. (25)

4.1.3 Estado cognitivo

Tabla 13. Evaluación del componente (memoria a corto plazo) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores

Memoria a corto plazo	Acierto		Errores		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Recuerda Fecha actual	6	20,00	24	80,00	30	100,00
Recuerda el día de la semana	10	3,33	20	66,67	30	100,00
Recuerda el mes en el que estamos	12	40,00	18	60,00	30	100,00
Edad en años actual	14	46,67	16	53,33	30	100,00

Al valorar el estado cognitivo en el componente de memoria a corto plazo, se pudo identificar que la mayoría tiene más errores que aciertos, es decir, que la valoración de memoria a corto plazo se ve afectada. El parámetro que menos recuerdan es la fecha actual. En promedio se encontró que el 27,5% de los adultos mayores responden acertadamente estas preguntas.

Tabla 14. Evaluación del componente (memoria a largo plazo) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores

Memoria a largo plazo	Acierto		Errores		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Apellido de la madre	27	90,00	3	10,00	30	100,00
Fecha de nacimiento	9	30,00	21	70,00	30	100,00

Al valorar el estado cognitivo en el componente de memoria a largo plazo, se pudo identificar que el parámetro que menos recuerdan es la fecha de nacimiento. En promedio se encontró que el 60% de los adultos mayores responden acertadamente estas preguntas.

Tabla 15. Evaluación del componente (información sobre hechos cotidianos) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores

Información sobre hechos cotidianos	Acierto		Errores		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Nombre del presidente del Ecuador	16	53,33	14	46,67	30	100,00
Nombre del presidente anterior	14	46,67	16	53,33	30	100,00

Al valorar el estado cognitivo en el componente de hechos cotidianos, se pudo identificar que la mitad de la población recuerda el nombre del presidente actual y el pasado.

Tabla 16. Evaluación del componente (ubicación) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores

Ubicación	Acierto		Errores		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Nombre del lugar donde se encuentran	18	60,00	12	40,00	30	100,00
Número de teléfono y dirección del sitio	4	13,33	26	86,67	30	100,00

Al valorar el estado cognitivo en el componente de ubicación, se pudo identificar que la mayoría recuerda el nombre de la Institución, pero no la dirección y el teléfono.

Tabla 17. Evaluación del componente (capacidad de cálculo) según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores

Capacidad de cálculo	Acierto		Errores		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Empezando en 20 vaya restando de tres en tres sucesivamente	8	26,67	22	73,33	30	100,00

Al valorar el estado cognitivo en el componente de capacidad de cálculo, y el 73% de la población no pudo realizar el cálculo sencillo, indicando un deterioro del estado cognitivo.

Tabla 18. Evaluación del deterioro cognitivo según el Test de Pfeiffer en los adultos mayores

Deterioro cognitivo p=0,64	Femenino		Masculino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Estado cognitivo normal	3	18,75	3	21,43	6	20,00
Deterioro leve	3	18,75	2	14,29	5	16,67
Deterioro moderado	1	6,25	3	21,43	4	13,33
Deterioro severo	9	56,25	6	42,86	15	50,00
Total	16	53,33	14	46,67	30	100,00

La evaluación del estado cognitivo en el presente estudio es fundamental ya que por el transcurso de la edad los seres humanos tienen una reducción significativa de cada una de sus funciones, así también de su capacidad neurológica y de memoria y con ello su capacidad de dependencia en la realización de sus actividades diarias, en el presente estudio se logró identificar que el 50% de los evaluados presentan deterioro cognitivo severo, solo un 20% se encuentran con un estado cognitivo normal; estos resultados obtenidos a través de la aplicación del cuestionario de Pfeiffer. Al discriminar por sexo se pudo identificar que tanto la mayoría de las mujeres como de hombres tiene deterioro del estado cognitivo severo; se encuentran casi las mismas proporciones en la clasificación del deterioro cognitivo, a excepción del deterioro moderado, donde los hombres tienen mayor porcentaje. No se halla relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y el sexo.

En un estudio en adultos mayores institucionalizados se encontró una alta prevalencia de trastornos de la conducta 42% para el comportamiento selectivo medido a través de la Escala de Blandford. Al medir el deterioro cognitivo de la población en estudio se encontró a la mitad de la población con deterioro cognitivo severo, solo el 20% con un estado cognitivo normal, a través de la aplicación del cuestionario de Pfeiffer; considerándose un importante factor de riesgo para la presencia de otros trastornos. Situación similar a la de un estudio realizado en Chile donde el 86,7% (28) presenta

deterioro cognitivo, por otro lado en un estudio realizado en México en adultos mayores se halló una prevalencia no significativa de deterioro cognitivo. (29)

4.1.4 Relación de variables

Tabla 19. Relación entre el deterioro cognitivo y los trastornos de la conducta alimentaria

Deterioro cognitivo p=0,94	Valoración conducta alimentaria según Escala de Blandford									
	0 signo positivo al test		1 signo positivo al test		2 signos positivos al test		3 signos positivos al test		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	Frec	%
Estado cognitivo normal	2	20,00	2	20,00	2	25,00	0	0,00	6	20,00
Deterioro leve	1	10,00	2	20,00	2	25,00	0	0,00	5	16,67
Deterioro moderado	2	20,00	1	10,00	1	12,50	0	0,00	4	13,33
Deterioro severo	5	50,00	5	50,00	3	37,50	2	100	15	50,00
Total	10	33,33	10	33,33	8	26,67	2	6,67	30	100,00

No se halló en este estudio, adultos mayores con trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, se pretendió buscar la relación entre el deterioro cognitivo y la escala de Blandford, por lo tanto se amplió el análisis a los signos que presentaron como positivos al Test de Blandford; encontrándose que: de los que no presentan ningún signo que indique posible trastorno de conducta alimentaria la mayoría tienen deterioro del estado cognitivo severo, al igual que los que tienen 1, 2 y 3 signos (esto posiblemente a que el porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo es alto 50%). No se encontró relación estadísticamente significativa entre estado cognitivo y los signos positivos al test de Blandford.

En un estudio realizado en Quito, en adultos mayores institucionalizados con enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo hallaron una prevalencia significativa 58% de trastornos de la conducta alimentaria, se concluye que hay asociación entre estado cognitivo alterado y presencia de trastorno alimentario, así como con el estado nutricional.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- En el Hogar del Anciano San Vicente de Paúl de la ciudad de Atuntaqui se logró determinar que existe un predominio de etnia mestiza así también como porcentajes mínimos de etnia afroecuatoriana e indígena, la mayor parte de adultos mayores son solteros y un mínimo de ellos son casados y viven con su pareja en la casa hogar. En este grupo se presenta un alto porcentaje de personas alfabetizadas y que accedieron a una educación secundaria durante su juventud de tal manera que existe un insignificante porcentaje de analfabetismo. La mayoría de adultos se encuentran en la edad de 64 años a 94 años, con una edad promedio de 81.6 años, hay casi igualdad de proporción entre hombres y mujeres.
- No se halló trastornos de la conducta alimentaria en la población estudiada, sin embargo, se encontró adultos mayores hombres y mujeres que presentaron signos positivos en el Test, como: tos, uso de dedos en lugar de tenedores, alimentarse gracias a estímulos verbales y no reconocer la comida; todos estos signos, propios de la avanzada edad de los adultos mayores, y de su deterioro cognitivo.
- El estado cognitivo de los adultos mayores en este estudio se encuentra afectado, se halló un significativo porcentaje de deterioro severo, moderado y leve, siendo el severo el más prevalente, en virtud de que la mitad de la población lo presenta.
- No se halló relación entre los signos positivos al test de Blandford y estado cognitivo deteriorado.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda a los profesionales encargados del cuidado de los adultos mayores del hogar del anciano “San Vicente de Paúl” apoyar hacer un seguimiento sobre la Conducta alimentaria de los adultos mayores, actualmente no se hallaron trastornos, sin embargo, al hallarse deterioro cognitivo, es muy probable que pueda presentarse.
- Es importante que se hagan actividades que permitan que los adultos mayores tengan activa su memoria, su función mental, se sugiere que se implementen juegos recreativos que incluyan memoria, cálculo.
- Se debe socializar estos resultados en la institución y a los familiares de los adultos mayores con el fin, de buscar estrategias que permitan enfocar un mejor seguimiento a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio D, Rivera L, Borgues L, González F. Calidad de vida en el adulto mayor. Varona. 2015 Junio;(61).
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los resultados de la OMS. [Online].; 2016-2017 [cited 2019 Octubre 2. Available from:file:///C:/Users/LENOVO/Documents/Articulos%20para%20tesis%20Hogar%20San%20Vicente/ARCHIVOS/Informe%20OMS.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 7. Available from: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/es/.
4. Mora V, Guamán E. Repositorio Universidad de Cuenca. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 3. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28697/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>.
5. Requejo V. Nutricion y Deterioro Cognitivo. Nutrición Hospitalaria. 2016; 33(4).
6. Arango V, Ruiz I. Diagnostico de los adultos mayores de Colombia. Fundacion Saldarriaga Concha. 2004.
7. Briones D. Ley del Adulto Mayor. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 9. Available from: <https://www.derechoecuador.com/ley-del-adulto-mayor>.
8. Pallas MC. Importancia de la Nutricion en edad avanzada. Barcelona : NOVARTIS. [Online].; 2012.
9. A CP. "Características psicofisiológicas de las personas adultas mayores y aspectos a considerar en la mejora de la condición física". Universidad de Valencia ; 2006.
10. (WHO) OWH. Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Global Health Risks. 2009.
11. SALUDALIA. SALUDALIA. (6 de 10 de 2016). <https://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>. Obtenido de <https://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>. (2016). SALUDALIA.. [Online].; 2016. Available from: <https://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>.
12. Avendaño A, Bravo C, Hernández E. La calidad de vida en los adultos mayores. Revista de Ciencias Medicas de Pinar del Río. 2009 Marzo; 13(1).

- Alvarez D, Deossa G, Estrada A. Relacion entre estado nutricional y sintomas depresivos en personas de 50 años o mas, Sabaneta, Colombia. *Perspectiva en Nutricion Humana* 2016; 18(1).
13. Puig M, Sebater P, Rodríguez N. Necesidades humanas: Evolución del concepto según la perspectiva soacial. Universodad de Barcelona ; 2012.
14. Maslow A. Motivación y personalidad. Díaz de Santos ed. Madrid; 1991.
15. SERNAC. Servicio Nacional del Consumidor Chile. [Online].; 2004 [cited 2019 Octubre 10]. Available from: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.
16. Pérez. Gerontologia y nutricion del adulto mayor. Hill MG, editor. Culiacán; 2010.
17. Caballero G, Benítez R. Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Grupo de Trabajo de Atención Primaria, perteneciente a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG); 2011.
18. Ruiz I. Trastornod de la conducta alimentaria en adultos mayores. Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP. 2011.
19. Caballero P, Alcolea E. Estado nutricional en personas mayores y su influencia sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Viguera*. 2016; 3(3).
20. Correa M, Di Marco R, Otero R. Comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo. *Actualización en Nutricion*. 2008 Marzo; 9(1).
21. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Caracteristicas del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Soc. Per. Med. Inter*. 2004; 17(2).
22. León Caballero Md,&AME. 16. León Caballero, M. d., & Alcolea Martinez, E. (5 de mayo de 2016). https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0603/PSICO_0603_099_R_2616007_Leon.pdf. [Online].; 2016. Available from: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0603/PSICO_0603_099_R_2616007_Leon.pdf.
23. Martinez J, Dueñas R, Onís M, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*. 2011; 117(129-134).
- 24.

- Gomez de la Torre Iturralde C. Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo del centro de reposo San Juan de Dios. Quito : Universidad Internacional del Ecuador ; 2016.
25. Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Presentación de resultados. Quito: INEC; 2010.
26. Moreno E. Comportamiento alimentario de los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer y su relación con la sarcopenia. Quito : Universidad Católica del Ecuador ; 2018.
27. Poblete F, Matus C, Diaz E, Vidal P, Ayala M. Depresión, Cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. Ciencias de la actividad física. 2015; 16(2).
28. Arjona D, Esperon R, Herrera G, Albertos N. Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores. Estudio basado en población. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014; 52(4).
- 29.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

TEMA: “Trastornos de la conducta alimentaria en relación al deterioro cognitivo en adultos mayores del Hogar del Anciano “San Vicente de Paul” de la ciudad de Atuntaqui, provincia de Imbabura 2019.

Con la finalidad de contribuir a la investigación sobre el tema, solicito que su información sea lo más verdadera posible.

1. Sección A. Datos sociodemográficos

Datos personales	N.º Encuesta	Fecha de aplicación:
Nombre del encuestado: _____		Nombre del encuestador: _____
Etnia: Indígena () Mestiza () Afroecuatoriano () Estado Civil: Casado () Soltero () Viudo () Divorciado () Unión Libre ()	Sexo: Femenino __ Masculino __ Edad: Nivel de instrucción: Alfabetizado () Analfabeto () Primaria () Secundaria completa () Superior ()	

Anexo 2. Valoración de la conducta alimentaria

Escala de Blandford (Aversive Feeding Behaviors inventory)

Nombre de participante:

Comportamiento resistente (reflejos defensivos)	
1.Gira la cabeza ante una cuchara	
2.Coloca las manos delante de la boca para impedir la ingesta	
3.Empuja la comida o a la persona que trata de alimentarle	
4.Araña, golpea o muerde a la persona que le alimenta	
5.Tira la comida	
Dispraxia general/Agnosia (Déficit cognitivo global, confusión, inatención)	
6.Se alimenta solamente gracias a estímulos verbales	
7.Emplea los dedos en lugar de cubiertos	
8.a Incapaz de emplear cubiertos	
9.Mezcla y juega con la comida, pero no la come	
10.Habla o vocaliza continuamente en lugar de comer	
11. Ingiere alimentos no comestibles (pañales, servilletas, etc.)	
12.Vagabundeo continuo a la hora de comer	
13.a Ignora o no puede reconocer la comida	
Comportamiento selectivo (requiere cambios cualitativos en la dieta)	
14.Si no se le facilitan comidas determinadas o aditivos, no come.	
15.Tras facilitarle la comida que pide, la prueba, pero luego la rechaza	
16.No come con suficiente variedad	
17. Come pequeñas cantidades y después no quiere continuar.	
18.Prefiere comidas líquidas (más 50% de la ingesta)	
19.Acepta únicamente líquidos	
Disfagia oro faríngea (incoordinación neuromuscular oral ante la ingesta)	
20.No abre la boca a menos que se lo fuerce físicamente	

21. Estrecha la abertura de los labios impidiendo la entrada de la comida	
22. Cierra la boca y los dientes impidiendo la entrada de la comida	
23. Presenta continuos movimientos de boca o lengua	
24. Acepta la comida y luego la expulsa	
25. Acepta la comida, pero no la traga	
26. Acepta la comida, pero se le cae porque mantiene abierta la boca	
Disfagia faringoesofágica (entrada de comida en la vía aérea)	
27. Tose o se atraganta con la comida.	
28. Voz afónica o seca	

A la hora de la comida, los pacientes fueron evaluados mediante observación.

Anexo 3. Test de Pfeiffer

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Nombre de participante:

	Positivo	Negativo
¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Cómo se llama este sitio?		
¿En qué mes estamos?		
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)		
¿Cuántos años tiene usted?		
¿Cuándo nació usted?		
¿Quién es el actual presidente de Ecuador?		
¿Quién fue el presidente anterior?		
¿Dígame el primer apellido de su madre?		
Empezando en 20 vaya restando de tres en tres sucesivamente		
PUNTUACION TOTAL:		

Errores:	Resultados:
0 – 2	Valoración cognitiva normal
3 – 4	Deterioro leve
5 – 7	Deterioro moderado
8 – 10	Deterioro severo

Anexo 4. Consentimiento informado de cada participante

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Usted ha sido seleccionado para participar en la presente investigación; será tomado en cuenta para formar parte de la misma, en base a una encuesta que busca información sobre “Trastornos de la conducta alimentaria en relación al deterioro cognitivo en adultos mayores del hogar del Anciano “San Vicente de Paul” Atuntaqui, Imbabura 2019.”

Confidencialidad: La información que usted proporcione es completamente confidencial y no será revelada a nadie. Solo se usará con fines de investigación. Su nombre y datos proporcionados, serán únicamente revelados a su persona, y para fines investigativos su nombre no constará, será reemplazado por un código.

Participación voluntaria: Su participación es voluntaria y usted tiene la libertad de retirarse de la investigación después de haber dado su consentimiento para participar. Si tiene dudas con respecto a la investigación o acerca de las preguntas de las encuestas, tiene el derecho de solicitar toda la información que requiera para su tranquilidad y completa convicción.

Consentimiento para participar: Su firma indica que usted comprende lo que se requiere del tema de investigación previamente socializado por la estudiante, sabe lo que se realizará y en pleno uso de sus capacidades mentales; usted está dispuesto a participar en la investigación.

María Elena Acero Moreno

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE INVESTIGADORA

Nombre del Participante:

Firma: _____

Anexo 5. Consentimiento informado de la Institución en estudio



ASOCIACIÓN DE VOLUNTARIAS DE LA CARIDAD SAN VICENTE DE PAÚL
Resolución Administrativa MIES-CZ1-DD1-10D01-2015-PVQ-N°0054 del 22/06/2015
Atuntaqui – Imbabura - Ecuador



Atuntaqui, enero 11 de 2019
Oficio N° 004 AVC-HA-SVP

Doctora
Magdalena Espín
COORDINADORA CARRERA DE NUTRICIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Presente.-

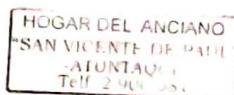
De nuestras consideraciones:

Saludos cordiales para usted. En atención al oficio n° 148 NCS- UTN del 3 de diciembre de 2019, me permito manifestar que la Institución mantiene la política abierta de coordinar con establecimientos educativos y receptor la presencia de estudiantes de varias carreras que tengan afinidad con nuestro quehacer social. En tal virtud, se ACEPTA la petición de que la srta. María Elena Acero Moreno, portadora de cédula de identidad n° 1004053953, estudiante del Octavo Semestre de la Carrera de Nutrición de la UTN, desarrolle el Trabajo de titulación TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DEL ANCIANO SAN VICENTE DE PAÚL, ATUNTAQUI, IMBABURA 2019, para lo cual dará las facilidades necesarias para la ejecución de este trabajo y luego ella cumpla con su compromiso de socializar los resultados del mismo.

Con sentimientos de consideración y estima,

Atentamente,

Lcda. Susana Vallejo M.
DIRECTORA
HOGAR DEL ANCIANO SAN VICENTE DE PAÚL



Dirección: Av. Julio Miguel Aguinaga N° 17-44 y Arturo Pérez
Teléfono: 062-906-081
Correo: hogarancianosvp@hotmail.com

“BEHAVIORAL EATING DISORDERS IN RELATION TO COGNITIVE DETERIORATION IN OLDER ADULTS OF THE “SAN VICENTE DE PAÚL” ELDERLY HOME IN ATUNTAQUI CITY, IN THE PROVINCE OF IMBABURA, 2019.

Author: Acero Moreno María Elena

Email: meacerom@utn.edu.ec

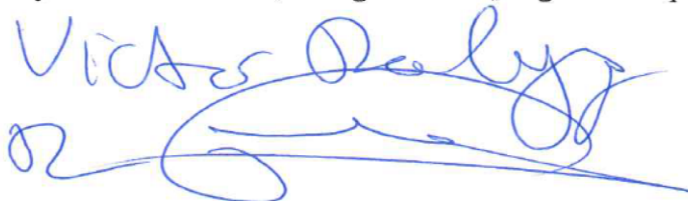
Thesis Director: MSc. Ivonne Perugachi

Email: iaperugachi@utn.edu.ec

ABSTRACT

The objective of this research was to identify behavioral eating disorders and relate them to cognitive decline in older adults of the "San Vicente de Paul" Elderly Home in Atuntaqui city, in the province of Imbabura in 2019. It is an observational, cross-sectional descriptive study, conducted in 30 older adults, the behavioral eating disorders were measured through the Blandford Scale instrument and the cognitive status with Pfeiffer, the data analysis was performed with the SPSS program. The age of these older adults ranged from 65 to 94 years, with an average age of 81.00-8.21 standard deviations 83.3% mixed, 53.3% female and 46.7% male, 70% literate, 10% illiteracy. 50% have severe cognitive impairment; 20% have a normal cognitive state. No behavioral eating disorders were found in this population, despite being an elderly group, where physiologically appetite, chronic diseases, severe cognitive decline can influence the deterioration of the Nutritional state.

Keywords: disorders, eating behavior, cognitive impairment, older adult.

VICTOR DELGADO




Urkund Analysis Result

Analysed Document: ACERO MARIA ELENA DEFENSA PUBLICA 17 NOV 2019.pdf
(D59039512)
Submitted: 11/17/2019 6:21:00 PM
Submitted By: marielena_30@outlook.es
Significance: 8 %

Sources included in the report:

TESIS para urkund Camila Gómez de la Torre.docx (D21541457)
TESIS para urkund.docx (D21537504)
MorenoErika_DisertaciónNH.docx (D25669988)
TESIS JENNY LASTRA 09.docx (D55853930)
TESIS.docx (D40395287)
Mayra Quilumbango Tesis Inseguridad Alimentaria.pdf (D54218086)
<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/GuiaAlimentacion.pdf>

Instances where selected sources appear:

44

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de noviembre de 2019.

Lo certifico:

(Firma) 

Mg. Ivonne Alexaida Perugachi Benalcázar

C.C. 1002452389

DIRECTORA DE TESIS