

Universidad de Concepción del Uruguay.



Licenciatura en Nutrición.

Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Bartolomé Vasallo”.

“RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y LOS FACTORES SOCIALES
EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS QUE RESIDEN EN EL HOGAR
GERIÁTRICO MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DEL HUERTO DE LA CIUDAD DE
CONCEPCIÓN DEL URUGUAY DURANTE EL MES DE JULIO DE 2020”.

Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios de la

Licenciatura en Nutrición.

Alumna: BUR AHUMADA, ROCÍO LUJÁN.

Director de Tesina: PROFESORA LICENCIADA GRAS, ANA.

Concepción del Uruguay.

Diciembre 2021.

“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representa necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”.

Bur, Rocío Luján.

Agradecimiento:

En primer lugar, a mi familia que me acompañó durante todo este proceso y fueron fundamentales para llegar hasta aquí.

Al director del Hogar “Nuestra Señora del Huerto” de la ciudad de Concepción del Uruguay, José Padovesse, y todo el personal de este que me recibieron con total disposición.

A los doctores Jorge Benítez, Edgardo Leturia, Gastón Etcheto y Yesica Cedaro, que compartieron sus conocimientos y fuentes de información sin problemas.

A mi tutora, Licenciada en Nutrición Ana Gras que realizó todas las correcciones necesarias y me acompañó en este largo proceso.

A todos los adultos mayores que participaron de esta investigación, que sin su ayuda no lo hubiese podido lograr.

Índice

RESUMEN.	7
PALABRAS CLAVE.....	8
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.	9
Introducción:	9
Justificación:	10
ANTECEDENTES.	12
“Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del estado mexicano de Zacatecas”	12
“Estado nutricional e influencia de factores de riesgo de desnutrición, en una población de ancianos, institucionalizados y ambulatorios, de la ciudad de Santa Fe, en el año 2014”.	13
“Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor”.....	13
“Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)”	14
PLANTEO DEL PROBLEMA.....	16
OBJETIVOS.	17
Objetivo general:.....	17
Objetivos específicos:	17
MARCO TEÓRICO.....	18
CAPÍTULO 1: VEJEZ Y CALIDAD DE VIDA.	18
1.1 Concepto de vejez.	18

1.2 ¿Qué es el envejecimiento?	19
1.3 Clasificación de las personas mayores:	20
1.3.1 Según la OMS.....	20
1.3.2 Según el estado funcional.....	20
1.3.3. Según Spaccesi.....	20
1.3.4 Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.	21
1.3.5 Consenso de la Asociación Internacional de Psicogeriatría.	21
1.3.6 Según el lugar de residencia.	21
1.3.7 Según sus capacidades.....	21
CAPÍTULO 2. PROCESOS DEL ENVEJECIMIENTO Y FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO.....	22
2.1 Percepción de declinación.	22
2.2 Envejecimiento exitoso.	23
2.3 Procesos y cambios propios del envejecimiento.....	23
CAPÍTULO 3. MALNUTRICIÓN.	30
3.1 Mal nutrición por exceso:	32
3.2 Malnutrición por déficit:	32
3.3 Riesgo de malnutrición.....	34
CAPÍTULO 4. INDICADORES DE DESNUTRICIÓN.	35
CAPÍTULO 5. PROCESO DEL CUIDADO NUTRICIONAL.....	36
5.1 Valoración y evaluación nutricional.	36

Bur, Rocío Luján.

➤ Minievaluación nutricional.	37
➤ Valoración global subjetiva (VGS).....	37
➤ Escala de depresión geriátrica de Yesavage:	37
➤ Escala sociofamiliar de Gijón	37
5.1.1 Historia clínica y dietética.	38
5.1.2 Mediciones y evaluación antropométrica:	39
5.2 Estrategias y objetivos.	40
5.3 Requerimientos nutricionales.	41
5.3.1 Macronutrientes y agua.	41
5.3.2 Micronutrientes.	41
CAPÍTULO 6. INSTITUCIONALIZACIÓN.....	42
Hogar Geriátrico “Nuestra Señora del Huerto”	43
Historia:.....	43
Actualidad del establecimiento.	44
MATERIAL Y MÉTODOS.....	46
Universo:.....	46
Muestra:	46
Criterios de inclusión:.....	46
Criterios de exclusión:.....	46
Método:	47
Técnica:	47

Bur, Rocío Luján.

Variables:	48
Independientes:	48
Dependiente:.....	50
Procesamiento y análisis de los datos:	52
RESULTADOS ALCANZADOS.....	53
DISCUSIÓN.	91
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.	99
BIBLIOGRAFÍA.	101
ANEXO I.....	108
Cuestionario.....	113

RESUMEN.

El envejecimiento es un proceso natural de acumulación de modificaciones que se dan con el tiempo. Si bien estas son normales, en algunos casos pueden transformarse en patológicas y afectar y/o alterar, entre otras cosas, al estado nutricional de la persona.

Algunas de las condiciones que alteran al estado nutricional son factores anatómicos, fisiológicos y sociales.

La presente investigación se enfoca en el estado nutricional de los adultos mayores residentes del geriátrico municipal “Nuestra Señora del Huerto” y la presencia y relación de los factores sociales con esto.

Para evaluar el estado nutricional se utilizó una adecuación del cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) y en cuanto a los factores sociales se implementó una adecuación de la escala de Gijón.

Se obtuvo a partir de la misma que quienes presentaron normal estado nutricional también tuvieron adecuada situación social. Por el contrario, quienes tuvieron diagnóstico de malnutrición también presentaron puntajes elevados en los factores sociales.

Algunos de los elementos individuales que conforman la adaptación de Gijón tienen mayor peso que los otros, aportando elevados puntajes al total. Es por esto que si bien es importante evaluar tanto el estado general de los factores sociales también lo es evaluarlos por separado, para enfocarse y trabajar en los que peor se encuentran.

Bur, Rocío Luján.

De igual forma, también se deben evaluar de forma independiente los elementos que conforman la MNA y buscar las causas de las mismas.

PALABRAS CLAVE.

Adulto mayor, estado nutricional, factores sociales, hogar de ancianos.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

Introducción:

La población argentina se encuentra en una transición demográfica que denota un envejecimiento poblacional, como indica la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (2012). Según una comparación establecida por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, entre la población del país de los años 1990 y 2010 (MSAL, 2014), la esperanza de vida de esta aumentó en promedio 3,4 años de vida. Siendo la esperanza de vida en el año 2010, año del último Censo Nacional, de aproximadamente 72,08 en hombres y de 78,81 en mujeres del país.

A su vez, el antes mencionado, hace referencia a que la esperanza y calidad de vida disminuyen cuantos más factores de riesgo haya presentes. Entre estos se encuentran los modificables, como el tabaquismo, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación, y otros no modificables, como son los predisponentes genéticos. Así mismo alteran el estado nutricional de las personas.

Al mismo tiempo el ejercicio profesional del licenciado en nutrición son todas las actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Las mismas deben llevarse a cabo con el fin de eliminar aquellos factores de riesgo modificables que atentan contra la salud, en lo referido a la alimentación y nutrición de la población.

En cuanto a los estudios realizados en nuestro país que relacionen el estado nutricional y los factores sociales en los adultos mayores son escasos.

Es por todo esto que la presente investigación buscará identificar la relación entre el estado nutricional y ciertos factores sociales en una población de adultos mayores que residen en un Hogar Geriátrico de Concepción del Uruguay.

Bur, Rocío Luján.

Justificación:

El envejecimiento es un proceso determinado por la sumatoria de las condiciones de vida anteriores al mismo.

La alimentación debe ser adecuada, de calidad y suficiente para lograr que el ⁽¹⁾envejecimiento sea exitoso. Además, los factores sociales condicionan la alimentación y deben ser favorables para que esta sea óptima.

Debido a que el estado nutricional es uno de los componentes de la salud que refleja las condiciones nutricionales previas al momento de evaluarse por un licenciado en nutrición, es que el trabajo de campo sólo requiere de un mes para hacerse.

Tomando en cuenta el Censo de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 en la República Argentina, se observa que la estructura poblacional del país ha modificado su estructura desde el primer censo realizado. Actualmente se puede ver que el envejecimiento poblacional ha aumentado, por lo que la cúspide se ve engrosada y la base se ha enangostado.

Del total de la población argentina, el 10,2% está representado por mayores de 65 años (en la provincia de Entre Ríos es del 10,3%, provincia en la que se encuentra Concepción del Uruguay). Parte importante de esta se encuentra viviendo en geriátricos o asilos (2%), mientras que el 5% se encuentra internado domiciliariamente.

Considerando estos datos estadísticos, es importante y beneficioso investigar sobre los adultos mayores, ya que la esperanza de vida ha crecido y es necesario

¹- "La aceptación de sí mismo o auto aceptación, el crecimiento personal, la autonomía, las relaciones positivas con otros, el control sobre su medio ambiente y el sentido de la vida". (Colette Aguerre, Leandro. 2008)

Bur, Rocío Luján.

asegurar la óptima calidad de esta. Si además se tiene en cuenta que no hay suficiente información sobre quienes residen en hogares geriátricos, resulta necesaria para conocer las condiciones en que viven, como se sienten allí y las relaciones interpersonales que tengan.

ANTECEDENTES.

“Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del estado mexicano de Zacatecas”

La investigación fue realizada por Castañeda, Acuña, Herrera, Martínez & Rangel, en México durante el año 2017 a adultos mayores de 60 años que residían en el Hogar de ancianos “Divina Providencia” (73,3% de la muestra) y a quienes asistían al programa llamado *Envejecimiento Activo* (26,7% de la muestra) en Zacatecas México.

Para establecer los diagnósticos y categorías del estado nutricional, en este caso se utilizó la Mini Encuesta Nutricional del Anciano, que clasificó a la población en no desnutrido (26,7%), riesgo de desnutrición (36,7%) y desnutrición presente (36,7%).

En tanto la escala de Gijón se utilizó con el fin de establecer el estado de las redes sociales en las que vive el mismo. Esta reveló que la mayoría presentaba puntajes indicativos de la existencia de problemas sociales. El 70% obtuvo más de 15 puntos, lo que indicaba problema social existente; por otro lado, el 3,3% obtuvo entre 10 y 14 puntos que significa riesgo social presente y por último el 26,7% obtuvo entre 5 y 9 puntos, es decir situación social buena o aceptable.

Este antecedente estudió el estado nutricional de los adultos mayores (personas de más de 60 años) y los factores sociales que lo rodean. Pero presenta muchas diferencias con la presente tesina, debido a que el estado nutricional y los factores sociales se evaluará mediante una adaptación de la Mini Nutritional Assessment y de la escala de Gijón. Y esto sólo se evaluará en residentes de un Hogar de Ancianos de Concepción del Uruguay.

Bur, Rocío Luján.

“Estado nutricional e influencia de factores de riesgo de desnutrición, en una población de ancianos, institucionalizados y ambulatorios, de la ciudad de Santa Fe, en el año 2014”.

Realizada por Ballejos, Marina. Tomó una muestra de 87 personas, de los cuales 44 residían en un hogar y 43 concurrían a un centro de jubilados. Como método evaluativo se utilizó el Test Mini Nutricional Assessment (MNA), test de Katz, test de Lobo (cognoscitivo), entre otras evaluaciones.

En este caso, la prevalencia de desnutrición fue de 2% en el Centro de jubilados y el riesgo de desnutrición fue de 19%. Mientras que en el hogar de ancianos se obtuvo una prevalencia de desnutrición de un 5% y el riesgo de desnutrición en esta población fue del 43%. De los institucionalizados el 73% se encontraban viudos mientras que, de los ambulatorios, el 63% lo era. Todos eran independientes.

Este antecedente se incorpora a la investigación debido a que evalúa el estado nutricional del mismo grupo etario utilizando la MNA, que tiene en cuenta los factores sociales como factores alterantes del estado nutricional y que fue realizado dentro del territorio argentino. Mientras que la principal diferencia que presenta con la presente tesina es que compara dos poblaciones de similar edad pero que un grupo es ambulatorio y el otro se encuentra institucionalizado.

“Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor”.

Esta investigación observacional realizada por Fuentes-García y García-Garro (2003). La misma constó de dos partes, una entrevista y una visita a los entrevistados para verificar las respuestas de estos.

Como resultado se obtuvo que la cantidad de pacientes de la tercera edad abandonados no es elevada. Las causas que generaron el sentimiento de abandono

Bur, Rocío Luján.

se debieron en un 24% a la pérdida de salud, lo que los vuelve inseguros y vulnerables.

Un 22% se debe a que no se adaptaron a esta etapa de la vida, no quieren depender de sus hijos física y/o económicamente, no pueden realizar las mismas actividades que antes.

El 20% tiene mala relación con su familia o pareja, derivando en problemas familiares.

Este estudio puede relacionarse con el presente debido a que trata de los problemas sociales a los que se enfrentan las personas de la tercera edad, pero en el mismo no hace referencia al estado nutricional de dicha población, además de haber sido realizado en México.

“Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)”.

Quienes realizaron este estudio descriptivo fueron Villarreal-Amarís y Month-Arrieta (2012). Se utilizaron encuestas para indagar sobre las características sociodemográficas, hábitos higiénicos y problemas de salud, entre ellas la de Gijón.

Como conclusión se obtuvo que los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social (40,4%), un 27,3% tiene problemas sociales y solo el 32,3% tiene una valoración aceptable. Además, su buena capacidad funcional se deteriora con la edad, presentando elevada comorbilidad.

En cuanto al desarrollo de oficios era ocasionales, pudiendo deberse a la falta de estudios. Esto lleva a la dependencia de los subsidios otorgados y necesidad de mayor apoyo de los sistemas sociales (44%). El estado de salud e higiene de esta

Bur, Rocío Luján.

población demostró carencias marcadas. Gran parte de la muestra presentó problemas sociales mayormente por la falta de ingresos económicos, lo que requiere de ayuda externa.

En cuanto al estado civil de estos se encontró que in 38,5% eran viudos, el 27%% presentaban unión libre, otro 24,7% estaban casados y el restante 9,8% s encontraban solteros.

Como en el estudio anterior, este no menciona el estado nutricional de quienes participaron del mismo. Pero hace referencia a qué factores sociales, los perjudican disminuyendo su calidad de vida.

Bur, Rocío Luján.

PLANTEO DEL PROBLEMA.

¿Existe relación entre el riesgo de malnutrición y los factores sociales en los adultos mayores de 65 años o más institucionalizados en el Hogar Geriátrico Municipal “Nuestra Señora del Huerto” de la ciudad de Concepción del Uruguay en el mes de julio del año 2020?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Determinar si los factores sociales afectan el estado nutricional de los adultos mayores de 65 años o más que residen en el Hogar Geriátrico Municipal “Nuestra Señora del Huerto” de la ciudad de Concepción del Uruguay en el mes de Julio del año 2020.

Objetivos específicos:

- Estimar el riesgo de malnutrición en la población de estudio.
- Identificar de qué manera los factores sociales intervienen en el estado nutricional.
- Comparar la prevalencia de malnutrición y riesgo de malnutrición con los factores sociales registrados.

MARCO TEÓRICO.

CAPÍTULO 1: VEJEZ Y CALIDAD DE VIDA.

Para entender la complejidad de esta etapa de la vida es necesario tener en cuenta conceptos básicos como los mencionados en el título de este capítulo. Los mismos son diferentes entre sí, pero eso no significa que se encuentren aislados; por el contrario, dependen el uno del otro.

1.1 Concepto de vejez.

Según Spaccesi (2014), la vejez es el momento en el que se manifiesta el resultado de la herencia genética, la influencia del medio ambiente, del estilo de vida y hábitos y del sistema sanitario que afrontó la persona durante su vida. Según estos factores, que además influyen al estado nutricional de las personas, comienzan a aparecer dificultades antes o después. No obstante, la convención interamericana sobre la protección de los derechos Humanos de las Personas Mayores establece que la vejez es “la construcción social de la última etapa del curso de vida”.

A diferencia de períodos anteriores del ciclo vital, en esta etapa se busca mejorar la expectativa y calidad de vida, que se relaciona directamente con el estado nutricional, y no la prevención a largo plazo.

En efecto, la revista de Informaciones Psiquiátricas publicó un informe realizado por la psicóloga, Tânia Real Fortuny (2008), en el que define a la calidad de vida como “un concepto multidimensional” que es “el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de la vida”. En definitiva, se ve influenciado por la personalidad y el entorno en el que vive.

Bur, Rocío Luján.

Para esta autora, la calidad de vida es un indicador del envejecimiento satisfactorio que a su vez está determinado por la salud, las aptitudes funcionales, condiciones económicas, relaciones sociales, actividad, servicios sociales y de salud, calidad en casa y el contexto que lo rodea, satisfacción de vida y oportunidades culturales y educativas.

1.2 ¿Qué es el envejecimiento?

Laura López expresa que el envejecimiento es un proceso continuo que inicia con la concepción y termina en la muerte (López, 2016, p. 376). En tanto, que Alvarado García y Salazar Maya (2014), publicaron en Gerokomos (Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica), una revisión sobre el concepto de envejecimiento según diferentes entes reconocidos a nivel mundial.

Entre estas se destacan la del diccionario de inglés de Oxford (Oxford English Dictionary) consultado el 12 de abril de 2011, que lo conceptualizaba como “el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación de cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo”.

La revisión plantea a modo de resumen que es un proceso complejo, dónde se experimentan cambios físicos, psicológicos y sociales que se ve influenciado por diversos factores de riesgo y ambientales, además de lo genético.

Por otro lado, De Girolami y González Infantino, consideran que el envejecimiento no inicia en el nacimiento, ya que el recién nacido mantiene durante los primeros años de vida dependencia total del adulto. Durante la infancia y la

Bur, Rocío Luján.

adolescencia se dan remodelaciones morfológicas y fisiológicas del organismo. Y, recién, a partir de los 25 años se logra la estabilidad y se logra la madurez fisiológica. Luego de esto el catabolismo corporal supera al anabolismo.

A su vez, distinguen dos procesos diferentes: *el proceso madurativo* (que culmina con la madurez) y el *de involución* (reconocida con el envejecimiento). (De Girolami, 2014, p. 104).

1.3 Clasificación de las personas mayores:

La gran pregunta es, ¿Cuándo inicia esta etapa? La respuesta depende del autor o ente regulador ya que toman diferentes parámetros y momentos en los que las personas se consideran como adultos mayores. A continuación, hay algunos ejemplos.

1.3.1 Según la OMS.

Define el inicio de esta etapa a los 60 años.

1.3.2 Según el estado funcional.

De Girolami (2014) considera el inicio de esta al producirse el 60% de los cambios fisiológicos atribuibles a dicha etapa.

1.3.3. Según Spaccesi.

Este autor propone diferentes etapas según la edad de las personas. Considerando ancianos jóvenes a aquellos entre 65 y 74 años, como ancianos a quienes tienen entre 75 y 84 años, y a los mayores de 85 años como ancianos mayores.

Bur, Rocío Luján.

1.3.4 Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

La persona mayor es aquella que tiene 60 años o más, salvo que la ley de cada país determine una edad diferente. La edad base que establece para considerarla mayor no puede ser mayor a los 65 años.

La Argentina, ratificó lo antes mencionado y en julio de 2016 obtuvo la media sanción del Senado. Es por esto por lo que en Argentina se considera que una persona es un adulto mayor cuando tiene 65 años o más.

1.3.5 Consenso de la Asociación Internacional de Psicogeriatría.

Declara que las personas de 55 a 64 años son adultos mayores jóvenes, desde los 65 a 74 años son adultos mayores maduros, adultos mayores a aquellos de 75 a 84 años, ancianos a quienes tienen más de 85 años, nonagenarios y centenarios a quienes presentan más de 90 o 100 años respectivamente.

1.3.6 Según el lugar de residencia.

Institucionalizados son aquellos que residen en hogares geriátricos o asilos. Por lo que no institucionalizados son quienes viven en su propio hogar o en el de algún familiar o allegado.

1.3.7 Según sus capacidades.

Autónomos, independientes o autoválidos (son aquellos que no necesitan a otra persona para llevar a cabo las actividades diarias, comprar insumos o movilizarse).

Dependientes (en contraposición a la anterior, son aquellos que requieren la ayuda de otra persona para realizar sus actividades diarias, comprar insumos o movilizarse).

CAPÍTULO 2. PROCESOS DEL ENVEJECIMIENTO Y FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO.

El envejecimiento está formado por diferentes procesos y factores que modifican la forma en la que se vive la vida en esta etapa respecto de que cómo lo hacía antes. Del mismo modo, el estado nutricional también se ve afectado por dichas modificaciones.

2.1 Percepción de declinación.

La declinación es el cambio de la función, la anatomía, la esfera social y lo psicológico que se da durante la vejez. Los cambios biopsicosociales que se dan en este período alteran la forma en la que los adultos mayores se desarrollan en el ámbito social y familiar. (González Zavala, M.A. y Sosa Domínguez, G. 2010).

La percepción propia de la declinación es crítica y depende del envejecimiento exitoso. De Girolami (2014) la define utilizando los siguientes factores:

- Disminución de la autoconfianza y la autoestima.
- Percepción acrecentada de su mortalidad con la presencia de las enfermedades.
- Temor a las caídas y vergüenza ante la pérdida de control de esfínteres.
- Trastorno de sueño y nocturia.
- Alteraciones en la vida sexual.
- Jubilación considerada como fracaso.
- Pérdida de seres queridos.

Bur, Rocío Luján.

2.2 Envejecimiento exitoso.

Simultáneamente, el autor antes mencionado concluye que los siguientes factores influyen en el envejecimiento exitoso:

- Mantener alguna actividad laboral.
- Disponer tiempo activo y recreativo.
- Estar satisfecho y tener una visión positiva de la vida.
- Tener contacto con la sociedad.
- Poseer nuevos proyectos.
- Mejorar la calidad de vida.

(De Girolami, 2014, p. 104).

2.3 Procesos y cambios propios del envejecimiento.

Los cambios fisiológicos deben diferenciarse de los patológicos, ya que los primeros, contrariamente de los segundos, son benignos y naturales. De igual manera se deben tener en cuenta debido al efecto que causan sobre los tiempos de la nutrición. Los mismos se modulan por factores genéticos, ambientales, psicológicos y sociales. (De Girolami, 2014, p. 105).

A su vez, estos cambios difieren entre las personas, los diferentes órganos y sistemas. Los principales y más notorios se detallan a continuación.

La talla a partir de los 60 años comienza a disminuir cerca de un centímetro por década debido a la acentuación de lordosis o cifosis y aplanamiento de vértebras.

El peso corporal, en un primer momento aumenta, luego se estabiliza y comienza a descender a partir de los 70 años.

Bur, Rocío Luján.

La composición corporal se modifica en sus diferentes componentes de la siguiente forma:

La grasa visceral aumenta y se redistribuye. El aumento es en ambos sexos, en mayor medida en la mujer (puede deberse a los cambios hormonales y la disminución de la actividad física). El componente graso representa el 25-30% en varones y aproximadamente el 40% en las mujeres menores de 80 años, a partir de esta edad comienza a disminuir. Al depositarse la grasa en la zona intraabdominal, aumenta el perímetro de cintura abdominal, incrementando el riesgo metabólico de Síndrome Metabólico, y en la región superior del tronco se disminuye el tejido subcutáneo y extremidades.

En cuanto al compartimento muscular, a los 20 años representa el 45% de peso corporal total, mientras que a los 70 años disminuye al 27%. Disminuyen las proteínas del músculo, la sensibilidad de la insulina y la actividad física, esto se relaciona con el deterioro de la capacidad funcional y menor autonomía. Es frecuente la sarcopenia, que conlleva a la pérdida de fuerza muscular.

Por otro lado, las funciones osteoarticulares se ven disminuidas. La resorción ósea supera el depósito, debido a cambios en el metabolismo óseo, alteraciones metabólicas, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, producen la disminución de la masa ósea. Esto conlleva, en casos graves, a la osteoporosis que puede llevar a la inmovilidad y el riesgo aumentado de producirse fractura de cadera.

A su vez el agua corporal total pasa de ser del 70% del cuerpo humano a sólo el 50%. Como consecuencia de la reducción de la sensibilidad de los osmorreceptores y de la capacidad de mantener el equilibrio, se aumenta la probabilidad de deshidratación.

Bur, Rocío Luján.

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente el metabolismo basal disminuye en aproximadamente un 10 y un 20% a los entre los 30 y 75 años.

La capacidad funcional respiratoria disminuye alrededor de 40%, siendo una de las causas por las cuales la capacidad para realizar ejercicio físico se ve limitado. Al limitar la actividad física, se altera la tasa metabólica también.

Esto produce que el metabolismo se altere con predominio del catabolismo sobre el anabolismo. En este caso el cambio más significativo es la intolerancia a la glucosa, debido a la disminución en la producción de insulina y en la estimulación de los receptores de glucosa de los tejidos periféricos. A su vez la función de la glándula tiroides baja como la función del sistema renina-angiotensina-aldosterona. El colesterol plasmático aumenta su concentración.

Se produce reducción o involución del tamaño de los órganos debido a la alteración de las proteínas musculares y a su uso.

Adicionalmente hay pérdida parcial de capacidades sensoriales (olfato, gusto, audición y visión). Como consecuencia del decrecimiento de la sensibilidad de las papilas gustativas y de las células olfatorias a los sabores dulces y salados se incrementa el consumo de alimentos fuertemente sazonados o azucarados. La agudeza visual se minimiza. Todo esto desencadena la falta de interés en los alimentos y en la cocina.

La cavidad bucal se ve alterada en sus diferentes unidades. La estructura dentaria se deteriora debido a la ausencia de dientes o prótesis inadecuadas, lo que no permite la trituración adecuada de los alimentos, volviéndose más difícil y molesta.

Bur, Rocío Luján.

Como resultado de la modificación neuromuscular, la coordinación al deglutir se vuelve deficiente, y si a esto se le suma la atrofia de la mucosa oral y la secreción escasa de amilasa, resulta un proceso molesto.

En el aparato digestivo se ven decrecidas sus funciones.

La composición de la saliva se altera, haciéndose espesa y viscosa, lo que dificulta la lubricación, deglución, digestión y formación del bolo alimenticio, al mismo tiempo que es común la aparición de la xerostomía. A su vez, las demás secreciones digestivas se ven afectadas

La función motora, la amplitud contráctil, ondas polifásicas en el cuerpo del esófago y dilatación de este y la relajación incompleta del esfínter, producen la alteración de la motilidad de todo el tubo digestivo. Se produce saciedad con menos cantidad de alimento debido a que el fondo gástrico se hace menos flexible.

La funcionalidad digestiva merma debido a cambios en la mucosa gástrica y en las glándulas digestivas.

Resultado de estos cambios, se incrementa la prevalencia de estreñimiento. Que también tiene relación con los hábitos alimentarios y de vida del paciente.

Resultado de los cambios a lo largo del tracto digestivo se producen perturbaciones en cuanto a la absorción, digestión y absorción de los nutrientes. Por ejemplo, los más afectados por la malabsorción son el hierro, el calcio y la vitamina B12 (puede deberse a la disminución de secreciones gástricas, la pérdida de acidez del tracto que permiten el crecimiento de la flora bacteriana que secuestra estos minerales); por el lado de los afectados por la alteración en la digestión se encuentra la lactosa, que induce a la intolerancia a la lactosa.

Bur, Rocío Luján.

El funcionamiento y tamaño del riñón, el flujo plasmático renal y la tasa de filtrado glomerular, se reducen produciendo la declinación de la homeostasis. Por esto hay incapacidad de concentrar solutos en la orina y eliminar desechos catabólicos.

La pared arterial se torna más rígida, por lo que aumenta la resistencia periférica en reposo, se reduce la contractilidad del miocardio y disminuye el volumen minuto cardíaco.

El sistema inmunitario se deprime, incrementando la probabilidad de enfermarse o sufrir síntomas más fuertes ante las enfermedades.

Las modificaciones no le son ajenas al sistema nervioso. En el cerebro se alteran sus funciones debido a que disminuye su peso y el riego sanguíneo. Las neuronas mueren y aparecen conexiones sinápticas de compensación; esto se traduce en menor capacidad de resolver problemas, dificultad para prestar atención y alteración de las habilidades intelectuales fluidas.

Al mismo tiempo la persona puede notar que la capacidad de retener información en la memoria descende y declina la velocidad de realización de tareas o la presencia de temblores debido a la caída del nivel de dopamina. Mientras que otros cambios, como el decrecimiento en la capacidad reguladora autonómica, pueden pasar desapercibidos.

La aparición de depresión se relaciona con el déficit de noradrenalina y 5-hidroxitriptamina; mientras que la demencia senil se asocia a la declinación del ácido homovanílico y acetilcolina. Por otro lado, el desequilibrio de neurotransmisores alterando la marcha, el equilibrio, el ciclo vigilia/sueño y de procesos cognitivo-conductuales.

Bur, Rocío Luján.

Otros cambios propios de esta población son respecto a los factores sociales y psicológicos. El aislamiento es uno de los ejemplos, Zavala González y Dominguez Sosa (2010) consideran que a medida que la persona envejece la percepción de la funcionalidad familiar empeora, teniendo esta un rol importante tanto para el proceso generador de enfermedades como para la rehabilitación. Por lo que es un recurso de soporte social.

A su vez, los antes mencionados describen a la depresión como una alteración caracterizada la presencia de pesimismo, sensación de amargura, desesperanza, sufrimiento para vivir, incapacidad de realizar las tareas habituales, trastornos del sueño, cansancio precoz, añoranza, empeoramiento matutino, tendencia al llanto, pérdida de peso y apetito, sensación de lentificación del tiempo y pérdida de la planificación futura.

Por otro lado, De Girolami (2014), afirma que los síntomas de este trastorno pueden pasarse por alto debido a su coincidencia con otros problemas que se experimentan con la edad y que su incidencia es mayor en mujeres y ancianos hospitalizados o institucionalizados.

Se caracteriza por la presencia de una triada cognitiva formada por la visión negativa de sí mismo, la interpretación negativa de sus experiencias y la visión negativa sobre el futuro.

Un estudio realizado en Argentina, por Losada y Alvarez (2012), sobre la influencia que presenta el hecho de vivir solos o acompañados en adultos mayores de 65 años demostró que quienes vivían solos presentaron niveles mayores de depresión.

Bur, Rocío Luján.

Por su parte la demencia es definida por la OMS como un síndrome que disminuye la memoria y la capacidad de pensar, presentando trastornos del comportamiento e incapacidad de realizar actividades de la vida diaria.

La existencia de cualquiera de estas produce incapacidad y está relacionada con el aumento en la mortalidad; siendo factores relacionados con lo socioambiental. ambas aumentan la utilización de los servicios de salud y los costos de la misma.

Comienzan a depender de quienes lo rodean, tanto para realizar las actividades que antes hacían con total libertad (dependencia móvil). La dependencia o la disminución en los ingresos económicos producen que la selección de alimentos sea más escueta y dependa del precio, la sencillez de preparación y el tiempo que requiera su preparación.

Todos los cambios que se han mencionado producen en el adulto mayor modificaciones emocionales. La jubilación precaria, conlleva a menor poder adquisitivo; debido a la disminución de las responsabilidades familiares y laborales les genera sentimiento de inutilidad y nula autoestima. El aumento en la pérdida de seres queridos les produce tristeza y sensación de soledad.

Por otra parte, puede presentarse negación a los cambios físicos producidos por la vejez. La presencia de múltiples enfermedades altera la calidad de vida, produciendo polifarmacia que afecta a su autoestima y al aumento de sus gastos. La negación a comer por diferentes motivos también produce efectos negativos en el estado de salud y nutricional.

En pocas palabras, es debido a todos estos cambios que se trata grupo vulnerable a padecer malnutrición. (López, 2016,p.p 376-379, y De Girolami, 2014, pp. 105-108).

CAPÍTULO 3. MALNUTRICIÓN.

En febrero de 2018, la Organización Mundial de la Salud, desde ahora llamada OMS, determinó que la malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), desequilibrios vitamínicos y minerales, sobrepeso, obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas a la alimentación. Por lo que se trata de un término amplio que incluye carencias, excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y nutritiva de una persona.

Como se mostró en el capítulo anterior, el envejecimiento es un factor de riesgo de padecer malnutrición y si además se le suman comorbilidades, el riesgo se duplica. Que sea un factor de riesgo no significa que sea propio de este proceso.

La presencia de la malnutrición produce el incremento de morbimortalidad, por lo que se debe prestar atención a las siguientes situaciones (De Girolami, 2014, p. 105):

El estado nutricional repercute sobre el estado general y sobre genes específicos relacionados a la longevidad. Es por esto que en este punto se debe tener en cuenta la genómica nutricional (Xacur-García, et al., 2007, p.p: 1460-1461) y sus cinco principios básicos que se mencionan a continuación.

1. La dieta puede ser un factor de riesgo para varias enfermedades en algunos individuos y en determinadas circunstancias.
2. La expresión y/o estructura genética pueden alterarse directa o indirectamente a través de la incorporación de sustancias químicas comunes en la dieta.
3. La influencia de la dieta en la salud depende de la constitución genética del individuo.

Bur, Rocío Luján.

4. Algunos genes o sus variantes son regulados por la dieta, lo que puede resultar importante en el desarrollo de las enfermedades crónicas.
5. Las intervenciones basadas en el conocimiento de los requerimientos nutricionales, el estado nutricional y el genotipo ayudan al desarrollo de planes nutricionales individuales.

También se debe tener en cuenta que el sistema inmunitario se altera, presentando disminución del número de linfocitos T (puede deberse a malnutrición calórico-proteica, que también aumenta la fracción inmadura de estos) y otras funciones del sistema.

También puede resultar de la deficiencia de micronutrientes. Es por esto que para la recuperación es necesario reponer los nutrientes que se encuentran deficientes, evitando los excesos ya que esto también la perjudica. (Ortiz-Andrellucchi, A; 2007, pp: 12-18).

La enfermedad de Alzheimer podría relacionarse con la adquisición de neurotoxinas que alteran el metabolismo de estas células, por lo que la alimentación produciría la enfermedad, esto no se ha demostrado hasta el momento.

Además, esta patología puede producir alteraciones cognitivas y de la conducta alimentaria desencadenando malnutrición severa por la disminución de la ingesta de alimentos.

Cada fase de la enfermedad presenta diferentes síntomas que suelen ser secundarias a la patología y al ser multifactorial resulta difícil su diagnóstico (Tabla I, ANEXO I).

Las formas diferentes de malnutrición que deben prevenirse son:

Bur, Rocío Luján.

3.1 Mal nutrición por exceso:

Se observa en los adultos mayores más jóvenes o que están más protegidos por sus familias y en quienes las enfermedades que padecen no deterioran su estado nutricional, salvo favorecer el aumento de peso.

Se considera que el peso comienza a aumentar entre los 40 y 50 años y decrece desde los 70 años.

Esto se explica por la disminución el metabolismo basal, la actividad física y el consumo de ciertos alimentos, que trae aparejado el envejecimiento. De igual modo suelen ingerir más de lo que requieren, incrementando el compartimiento graso y de la adiposidad central del organismo, por lo que disminuye la masa magra corporal. Esto produce un aumento de la predisposición a comorbilidades asociadas a la obesidad y reducción de la actividad física. (Spaccesi, 2014, p. 16).

Según los datos obtenidos a partir de la Tercera Encuesta de Factores de Riesgo de nuestro país (2015), la prevalencia de esta es elevada. En cuanto al sobrepeso se registró un 42,6% mientras que el 17,0% de la población de más de 65 años presentó obesidad.

La obesidad es un factor de riesgo asociado a la presencia de ⁽²⁾enfermedades crónicas no transmisibles y de síndrome metabólico. A su vez estas aumentan la morbimortalidad de quienes la padecen.

3.2 Malnutrición por déficit:

Es más probable, debido a que en la edad avanzada no tienen control sobre su estado nutricional (causas primarias). (Spaccesi, 2014, p. 16).

²- Entre estas se pueden mencionar las enfermedades cardiovasculares (como infarto al miocardio o accidentes cerebrovasculares), cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas.

Bur, Rocío Luján.

Entre las causas secundarias se pueden mencionar enfermedades crónicas con plan alimentario especial que no es llevado a cabo adecuadamente, uso de medicamentos que inhiben la absorción de nutrientes, alcoholismo, malabsorción debido a trastornos intestinales, entre otros. (López, 2016, p. 379).

Jauregui y Manzotti, representantes de la Sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología, sostienen que la pérdida de peso involuntaria puede relacionarse a una o la combinación de estas condiciones: ingesta inadecuada, pérdida de apetito (anorexia), atrofia muscular (sarcopenia) o efectos inflamatorios de la enfermedad (caquexia).

La ingesta inadecuada no es necesariamente resultado de una patología, sino que también puede deberse a problemas sociales, fisiológicos o funcionales.

Los grupos que presentan mayor riesgo de desnutrición son las personas con patologías crónicas (como EPOC, enfermedades gastrointestinales, renales, síndromes de demencia, enfermedades neurológicas, entre otras), personas con enfermedad aguda (No consumen alimentos por cinco días o más), situaciones que generan inmovilidad (edad avanzada, fragilidad, depresión, entre otras) o quienes presentan factores sociales negativos (falta de contención, soledad, disminución o nulidad de la autonomía, pobreza).

Se considera la existencia de una anorexia del envejecimiento. Que es secundaria a los cambios propios de la edad.

(De Girolami, 2014, p. 108).

Bur, Rocío Luján.

3.3 Riesgo de malnutrición.

Un paciente con menos del 80% del peso recomendado para su altura es considerado en riesgo nutricional. Por lo que esta clasificación refiere a deficiencias.

Los criterios presentados por Jauregui y colab. (2017) para definir el riesgo son: riesgo poco probable o bajo, cuando el paciente no luce delgado, presenta peso estable y sin alteraciones del apetito; riesgo posible o moderado, cuando se encuentra delgado por enfermedad, condición o pérdida de peso no planificada en los últimos tres a seis meses, reducción del apetito o la capacidad para comer; impresiona malnutrido o alto, cuando se ve a la persona delgada o muy delgada, con pérdida de peso significativa en tres a seis meses previos, sin alimentarse en los últimos cinco días.

Para detectar el riesgo o la malnutrición propiamente dicha existen herramientas llamadas cuestionarios funcionales o de evaluación nutricional, que se amplían en un posterior apartado.

CAPÍTULO 4. INDICADORES DE DESNUTRICIÓN.

Teniendo en cuenta lo explicado en el capítulo 3, es imprescindible detectar los factores de riesgo de desnutrición. Los adultos mayores desnutridos presentan mayor probabilidad de enfermar, de padecer complicaciones e incrementar la mortalidad.

De Girolami (2014) determina que los principales factores de riesgo de desnutrición se dividen en factores sociales (hospitalización o institucionalización, vivir solo y/o aislamiento social, problemas económicos, bajo nivel cultural, edad avanzada, viudez), factores físicos (pérdida de autonomía para realizar las actividades cotidianas, imposibilidad de autoalimentarse, anorexia, mal estado bucal, alcoholismo, polifarmacia, deterioro de las funciones superiores, enfermedades crónicas) y factores psicológicos (depresión)

Mientras que considera que los pacientes que tiene alto riesgo de desnutrición presentan uno o varios de los siguientes factores de riesgo factores bioquímicos (colesterol sanguíneo <160 o >200 mg/dL, albumina <3,5 g/L), factores físicos (pérdida de peso mayor al 5% en menos de un mes o mayor a 7,5% en tres meses o mayor al 10% en los últimos seis meses, porcentaje de peso habitual o ideal menor al 80% en relación a la talla, problemas para alimentarse, anorexia, vómitos o diarrea de más de dos semanas de evolución, dependencia, reducción de la circunferencia braquial y/o pliegue tricipital, presencia de osteoporosis, osteomalacia, déficit de ácido fólico o vitamina B12), factores psicológicos (depresión, depende)

CAPÍTULO 5. PROCESO DEL CUIDADO NUTRICIONAL.

María Elena Torresani y María Inés Somoza (2016) lo definen como los pasos o etapas y momentos que permiten cumplir con las necesidades del individuo, ya sean estables o cambiantes, adaptándolas al momento biológico que atraviesa y su estado de salud-enfermedad.

Las partes que lo componen son la valoración del estado nutricional, la determinación de los objetivos del tratamiento, planificación de estrategias para lograr los objetivos, determinación de las necesidades nutricionales y monitoreo.

El presente trabajo hará hincapié en la valoración del estado nutricional de los adultos mayores.

5.1 Valoración y evaluación nutricional.

Es fundamental evaluar el estado nutricional a fin de poder ajustar el plan a las necesidades, diagnóstico, gustos y posibilidades del paciente, con el fin de implementar el tratamiento adecuado. Para obtener todos estos datos se manejan la historia nutricional y dietética, pruebas antropométricas, bioquímicas e inmunológicas.

Se debe evaluar de forma clínica, mediante indicadores, y funcionalmente, a través de pruebas funcionales.

Los indicadores clínicos son similares a la del adulto joven. Pero en esta población es importante conocer el estado bucal (encías, dientes, lengua, faringe, mucosa y paladar blando) y buscar signos de deficiencia en la ingesta de micronutrientes o macronutrientes.

Bur, Rocío Luján.

Entre las pruebas funcionales se encuentran la dinamometría, la espirometría y pruebas inmunológicas. Otras son las evaluaciones integrales de funciones, entre las que se mencionan:

➤ Minievaluación nutricional.

Se caracteriza por ser mínimamente invasiva y fácil de realizar. Consta de 18 ítems con datos dietéticos y antropométricos, y una valoración subjetiva del estado de nutrición.

Se suele usar para realizar una valoración nutricional inicial la forma corta (Mini-NutritionalAssessment- MNA- Short Form). En el caso de que los resultados sean negativos, se complementa con una valoración más profunda. (Tabla II. ANEXO I)

➤ Valoración global subjetiva (VGS).

En este caso se incluyen las alteraciones gastrointestinales, cambios en el peso corporal, cambios en el patrón alimentario, estado funcional y examen físico (pérdida de tejido subcutáneo, disminución de la masa muscular, presencia de edema o ascitis). Se utiliza principalmente en adultos y adultos mayores internados o ambulatorios.

➤ Escala de depresión geriátrica de Yesavage:

Por su parte, esta es específica para la valoración del estado afectivo. Es más prevalente de lo que se diagnostica.

➤ Escala sociofamiliar de Gijón

Esta evalúa de la situación social, que influye directamente en su estado de salud.

Bur, Rocío Luján.

5.1.1 Historia clínica y dietética.

Además de los datos obtenidos mediante las evaluaciones anteriores, Torresani y Somoza (2016) sostienen que también se debe registrar sexo y edad, talla, peso actual y habitual, cambios de peso corporal, datos de la ingesta reciente, cambios en el apetito, disfunciones gastrointestinales, presencia de síntomas (como náuseas, vómitos, disfagia, diarrea, constipación), entre otros.

La anamnesis alimentaria debe ser detallada, asegurándonos de tener la mayor cantidad de información objetiva posibles sobre la vida de la persona que influyen en su alimentación.

A su vez, la historia dietética nos permite conocer el consumo de los alimentos (por grupo, destacando los más significativos de cada uno), el rechazo de alimentos y causas (conocer si existen intolerancias, o es debido a gustos, hábitos o incorrecta información), preferencias entre dulce o salado, consumo del ⁽³⁾grupo accesorio de alimentos con comidas, horario de comidas, ritmo alimentario (alimentación fraccionada, comida única, ausencia del desayuno, picoteo entre comidas o nocturno, etc.), modo de alimentación (con familia, en el trabajo, restaurant, etc.), apreciación del valor afectivo de la comida, entre otros.

Para recabar los datos mencionados en el párrafo anterior, se pueden aplicar métodos prospectivos (registro alimentario) o retrospectivos (recordatorio de 24 horas o frecuencia de consumo). Los segundos no son factibles de utilizarse si el paciente presenta disminución en la memoria.

³-Son los alimentos como pan, galletitas, azúcares y bebidas.

Bur, Rocío Luján.

A través de la información que aportan, se pueden obtener alguno de los siguientes resultados:

- Desnutrición resultante de la reducción de la ingesta de alimentos.
- Sobrepeso u obesidad debido al consumo excesivo de alimentos.
- Deficiencia selectiva de nutrientes.
- Desequilibrio debido a la ingesta desproporcionada.

5.1.2 Mediciones y evaluación antropométrica:

Los parámetros antropométricos más utilizados son el peso, la talla, el IMC y los pliegues. Su obtención es económica y para quienes están entrenados son fácil de obtener y repetir. Algunos de ellos requieren de mayor experiencia y entrenamiento para obtener mediciones adecuadas. Su uso se dificulta en aquellos pacientes que presentan fragilidad, inmovilización, alteraciones anatómicas o movilidad reducida.

Si se presenta pérdida de peso igual o mayor al 5% en un mes o superior al 10% en 6 meses es indicador de desnutrición. De igual manera, la presencia de edema o ascitis y el estado de hidratación puede impedir el correcto análisis e interpretación de los resultados.

Es una etapa en la que se presentan distorsiones en la columna vertebral con una clara marcación de las cifosis y lordosis y/o colapso de los discos de la columna vertebral. Asimismo, se puede presentar inmovilidad y dificultad para tomar la talla parado del paciente. Es por esto que existen cálculos para obtener la talla de los pacientes que presentan dificultades para medirlos tradicionalmente.

Bur, Rocío Luján.

Uno de los métodos alternativos es medir la altura desde el talón a la rodilla con la pierna flexionada en 90°. Chumlea formuló una ecuación para obtener la estatura a partir de la medida talón-rodilla en personas de entre 60 y 90 años.

Hombre: $(2,02 \times \text{altura rodilla}) - (0,04 \times \text{edad}) + 64,19$

Mujer: $(1,83 \times \text{altura}) - (0,24 \times \text{edad}) + 84,88$

Debido a que los huesos largos mantienen el tamaño desde la adultez a esta etapa también se puede obtener de medir el transversal de los brazos (distancia entre las puntas de los dedos mayores de ambas manos).

(De Girolami, 2014, p.111)

El índice de masa corporal IIMC) se utiliza como indicador de la masa adiposa corporal. Los valores de clasificación difieren de los utilizados para la población adulta joven (Tabla III. ANEXO I).

La circunferencia de brazo es la medida que incluye el compartimento graso, muscular y óseo del brazo y en conjunto con el pliegue tricipital (mide la grasa subcutánea de la extremidad) permite el cálculo de la masa muscular del brazo (CMB).

$$\text{CMB (cm)} = \text{circunferencia del brazo (cm)} - (\pi \times \text{pliegue tricipital [cm]})$$

5.2 Estrategias y objetivos.

Debido a que la salud de los mayores se apoya en cuatro pilares, ausencia de enfermedad, independencia física, bienestar psíquico y cobertura social, el abordaje nutricional tiene como **objetivos**:

- Mejorar la calidad de vida.
- Promover la salud.

Bur, Rocío Luján.

- Mantener un óptimo estado de salud.
- Asegurar un aporte adecuado de nutrientes y energía.
- Mejorar la evolución de la enfermedad y la convalecencia.

5.3 Requerimientos nutricionales.

5.3.1 Macronutrientes y agua.

En ambos casos se adaptará a las necesidades de la persona, buscando cubrir las necesidades sin excederse, resultando suficiente y de calidad. (Tabla IV. ANEXO I).

5.3.2 Micronutrientes.

En este caso varían dependiendo del sexo de la persona. (Tabla V. ANEXO I).

CAPÍTULO 6. INSTITUCIONALIZACIÓN.

El presente capítulo desarrolla los diferentes conceptos a tenerse en cuenta para comprender lo que es la institucionalización y para conocer el lugar en el cual se desarrollará la presente investigación.

En una consulta directa con Margarita Murgieri, actual presidenta de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria, sobre el proceso de institucionalización (ingresar a una residencia), dijo que “ha cambiado en el mundo desde un modelo asilar, a uno hospitalario, a un modelo institucional, a uno que actualmente está tratando de instalarse tipo hogar y tipo convivencial desde un modelo llamado de Atención centrada en la persona” (2019). (Ilustración1. ANEXO I)

Por otro lado, Teresa Martínez Rodríguez, en compañía de otros destacados psicólogos, (2015) explican que es un modelo que busca cuidar, apoyando a que las personas sigan teniendo control en su entorno, sus cuidados y su vida cotidiana, con la finalidad de que se sientan bien.

Este modelo reconoce el valor y singularidad de cada adulto fijándose en las capacidades que tienen y apoyando la autodeterminación del individuo. Los profesionales se relacionan con las historias de vida y escuchando y buscando el desarrollo de las capacidades de la persona. Es decir, se enfoca en la totalidad de las condiciones de la persona tratada.

Está basado en cinco pilares elementales: El respeto a la dignidad, apoyar los proyectos de vida, un modelo profesionalizado que busca calidad de vida, lo que aporta a otros enfoques y sus principales aportes.

En cuanto a la provincia de Entre Ríos, la ley 9823 (2007), define en su artículo número dos: *“Entiéndase por Instituciones y/o Servicios Gerontológicos de residencia permanente a aquellos que, salvo la prestación de atención médica integral, tienen*

Bur, Rocío Luján.

como objetivo brindar todos o algunos de los siguientes servicios: alojamiento; alimentación, asistencia médica de primer nivel; recreación, laboterapia⁴ u otros servicios relacionados en forma exclusiva a necesidades e intereses de ancianos autoválidos.

A los mismos fines, se entiende por Instituciones y/o Servicios Gerontológicos, los que además de los servicios enunciados estén destinados a la atención biopsíquica de ancianos que padezcan enfermedades que requieran atención médica y de enfermería permanente o no permanente.”

Hogar Geriátrico “Nuestra Señora del Huerto”.

El mismo se encuentra en la ciudad de Concepción del Uruguay, en calle Perú 74 (Ilustración 2 y 3. ANEXO I).

Historia:

La construcción de la planta edilicia, donde hoy se encuentra emplazada la Residencia de Adultos Mayores “Nuestra Señora del Huerto”, había comenzado en 1867, pero fueron varios los contratiempos que se interpusieron con su finalización a tiempo. Entre estos, la muerte del General Justo José de Urquiza.

Este establecimiento, conocido como “El Hospitalito” por los ciudadanos de “La Histórica”, comenzó a prestar servicios en 1877, administrado por la Sociedad de Beneficencia con el nombre de “Hospital de la Caridad”.

El 5 de junio de ese año, se traslada la Sociedad de Beneficencia, teniendo como asesor letrado al señor Emilio Villarroel. El 29 del mismo mes se realizó el acto inaugural en una de sus salas con la presencia de figuras destacables como el Sr. Juan Bautista Rey, que por aquel momento era la autoridad máxima de la comuna.

⁴ En el tratamiento que se realiza a algunas enfermedades mentales mediante la asignación de trabajos manuales. Se la conoce como terapia ocupacional.

Bur, Rocío Luján.

El terreno en el cual se construyó era fiscal, y fue cedido en propiedad definitiva a la Sociedad de Beneficencia y volvió a ser dominio del municipio cuando esta decidió transferir el Hospital y Hogar de Ancianos a ese lugar el 30 de diciembre de 1955.

En 1931 se habilitó como el edificio del hospital Policlínico “Justo José de Urquiza”, con los servicios como el asilo de ancianos y maternidad. En un principio su función era de hospital de campaña ante un brote de fiebre amarilla.

Actualidad del establecimiento.

Al día de la fecha, 29 de mayo de 2020, la página web oficial del establecimiento (www.adultosmayorescdelu.blogspot.com) informa que el mismo cuenta con un departamento médico, actividades físicas, centros de jubilados y pensionados, kinesiología, trámites y control de jubilaciones, capacitaciones, podología, recreación y paseos, departamento psicoterapéutico, prevención (primaria, secundaria y terciaria) y asistencia domiciliaria de adultos mayores. Estos servicios no son sólo para los adultos mayores que residen allí, sino que la comunidad puede acceder a los mismos.

La planta física se utilizada no sólo como Hogar de ancianos (en la planta baja) sino que también funciona allí una Sala de Primeros Auxilios (ubicada en la entrada en calle Perú), la Sala de Situación del municipio y Medioambiente (se encuentran ubicadas en la primera planta).

El Hogar Geriátrico, depende de la administración municipal. Cuenta con un equipo profesional formado por ayudantes terapéuticos, enfermeras, kinesiólogos, médicos, nutricionista, cocineras y personal de limpieza.

En cuanto a la visita de la nutricionista es diaria, pero de poco tiempo, a menos que tenga alguna consulta de los residentes o una actividad con los mismos.

Bur, Rocío Luján.

Hacia enero del 2020, en el establecimiento se registraban 35 residentes, de los cuales 20 eran hombres y 15 eran mujeres. Quienes viven aquí lo hacen por diversos motivos, entre los que se pueden mencionar la presencia de enfermedades y la distancia con su familia, lo que impediría un control riguroso. Es por esto que en la mayoría de los casos son los familiares quienes piden lugar para ellos.

Los residentes están divididos en tres salas, en la sala uno y tres residen aquellas personas que son autónomas y pueden desplazarse tanto dentro como fuera del recinto, mientras que en la sala dos se encuentran quienes que por diversos motivos están imposibilitados de movilización. Todas las salas cuentan con habitaciones individuales y compartidas. También cuentan con un espacio común para mujeres y uno para varones en el que realizan actividades de esparcimiento.

Los residentes del establecimiento pagan un bono municipal, del cual se obtiene el dinero para satisfacer sus necesidades. Además, realizan diferentes actividades con los profesionales, como actividad física, terapia musical individual y grupal. También miran películas que luego comentan entre todos, realizan guitarreadas y varios paseos (como al parque de la ciudad, palacio San José, al carnaval de la ciudad y al barrial, a la ciudad de Gualeguaychú, entre otros).

Ya que quienes viven en el hogar lo hacen permanentemente, las fiestas las pasan allí, por lo que se realizó un festejo de año nuevo, para los residentes y sus familias (sólo 3 familiares asistieron), que incluyó un espectáculo musical.

En efecto, se le consultó al director de la Residencia, el señor José Padovese, sobre la frecuencia con que los residentes reciben visitas, a lo que respondió que no es frecuentes, pero que sí acuden al lugar si el adulto mayor requiere algún tratamiento médico. Entre los motivos por los cuales se da esto es la falta de tiempo y la distancia.

Bur, Rocío Luján.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realizó en la Ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes de julio del año 2020.

El mismo es cuantitativo de correlación.

Universo: Adultos mayores de 65 años que viven en Hogar Geriátrico Municipal “Nuestra Señora del Huerto” de la ciudad de Concepción del Uruguay en el mes de junio del año 2020.

Muestra: Adultos mayores de 65 años con residencia permanente de al menos 6 meses que cumplan con los criterios de inclusión para este trabajo, que viven en Hogar Geriátrico Municipal “Nuestra Señora del Huerto” de la ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes de julio del año 2020.

Criterios de inclusión:

- Adultos que tengan 65 años o más y residan en el hogar desde hace al menos 6 meses.
- Todos aquellos que acepten responder el cuestionario.

Criterios de exclusión:

- Adultos menores de 65 años.
- Personas que no accedan a responder el cuestionario.
- Personas que no puedan responder las preguntas por sí mismas.
- Personas que no quieran o que no se les pueda realizar las mediciones para parámetros antropométricos (peso, talla, circunferencia de brazo y/o pantorrilla).

Bur, Rocío Luján.

- Adultos mayores que residen hace menos de 6 meses en la institución.
- Personas que debido a alguna patología no puedan completar el cuestionario.

Método: Investigación en campo a través de una encuesta resultado de la adaptación del cuestionario MNA y de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón (Anexo I. Encuesta de creación propia). Esta fue completada por la tesista con las respuestas dadas por los encuestados.

La evaluación nutricional se realizó utilizando un ajuste de la MNA, manteniendo la clasificación, que considera como malnutridos a aquellos que consigan un puntaje menor a 17 puntos en ella; como riesgo de malnutrición a quienes obtengan un puntaje entre 17 y 23,5 puntos; y como estado nutricional normal a aquellos que obtendrán entre 24 y 30 puntos.

La escala de valoración sociofamiliar de Gijón es una escala de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), cada uno cuenta con una escala propia desde el ideal a una situación problemática; y en conjunto determinan el estado global. La propia, también se adaptó con el fin de ser representativa de la población en estudio, pero manteniendo la escala.

La misma se interpreta según los puntajes totales alcanzados, dividiéndose en buena/aceptable situación social (de cinco a nueve puntos), existe riesgo social (de 10 a 14 puntos) y problema social (más de 15 puntos).

Técnica: Una vez obtenidos los puntajes de cada uno de los cuestionarios que conformaron el interrogatorio de la presente investigación se llevaron los resultados al

Bur, Rocío Luján.

programa Microsoft Excel 2013, para posteriormente establecer la relación entre las mismas.

Variables:

Independientes:

Edad: Para la Real Academia Española (RAE) es el tiempo que ha vivido una persona.

Instrumento: Fecha de nacimiento.

Indicador: Día, mes y año en que nació la persona. Para calcular lo más exacto posible la edad de la persona.

Sexualidad: Para la página antes mencionada, esto es el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.

Instrumento: Sexo.

Indicador: F (femenino) o M (masculino).

Factores sociales: Son los factores dependientes de la sociedad que actúan sobre las personas. Se relacionan estrechamente con los factores individuales y biológicos. En el presente trabajo sólo se tendrán en cuenta algunos de los mencionados por De Girolami en su libro y que a su vez forman parte de la Escala de Gijón, siendo adaptados a las características de la población en estudio.

- Situación familiar: Para la escala de Gijón es cómo vive, es decir, si comparte la vivienda o no o si vive cerca de su familia. Esta categoría se adaptó para conocer la situación de la familia y si existe dependencia o no a la misma.

Instrumento: Adaptación de la escala de Gijón en el ítem situación familiar.

Bur, Rocío Luján.

Indicador: Tiene familia (cerca o lejos) y es independiente de esta; No tiene familia o esta vive lejos) y es independiente; Tiene cierta dependencia familiar; Tiene familia y depende de ella; No tiene familia o está lejos y presente dependencia.

- Situación económica: Para la Escala es los ingresos con los que cuenta el Adulto Mayor.

Instrumento: Adaptación de la escala de Gijón en el ítem situación económica.

Indicador: Más de 1,5 veces la jubilación mínima (a la fecha de realización [al 29/5/2020 es de \$15891,49]); desde 1,5 veces la jubilación mínima hasta la jubilación mínima exclusiva; desde la jubilación mínima a pensión universal por adulto mayor (a la fecha de realización [al 29/5/2020 es de \$12715,19]); Menos que la pensión o recibe alguna ayuda estatal; Sin ingresos o inferiores a los apartados anteriores.

- Vivienda: Según la Escala a utilizar es la percepción del estado en el que se encuentra el lugar en el que vive el adulto mayor. Por lo que en este caso se modificará a “Hogar”, se tomaran 4 aspectos del hogar (distribución edilicia, condiciones del edificio, personal y actividades) y se preguntó la conformidad respecto a estos.

Instrumento: Adaptación de la escala de Gijón, ítem vivienda.

Indicador: Conforme con la distribución edilicia, condiciones del edificio, personal y actividades; Conforme con 3 de los aspectos anteriores; Conforme con 2 de los aspectos anteriores, Conforme con 1 de los aspectos anteriores, Inconforme.

- Relaciones sociales: Se lo considera como el contacto del adulto mayor con otras personas.

Bur, Rocío Luján.

Instrumento: Escala de Gijón, ítem relaciones sociales.

Indicador: Relaciones sociales, relación social sólo con familia y vecinos, relación social sólo con familia o vecinos; no sale del hogar, recibe visitas; no sale y no recibe visitas.

- Apoyo de la red social: Para la Escala se lo considera como la ayuda que recibe de la sociedad en la que vive.

Instrumento: Escala de Gijón, ítem apoyo de la red social.

Indicador: Con apoyo familiar y vecinal; voluntariado social, ayuda domiciliaria; no tiene apoyo; pendiente del ingreso en residencia geriátrica; tiene cuidados permanentes.

Dependiente:

Estado nutricional: Para María Elena Torresani es la situación de salud que presenta una persona que determinará y, en muchos casos, limitará la nutrición de la persona. La nutrición es el proceso inconsciente por el cual se asimilan los nutrientes que el organismo utilizará para su adecuada función.

Instrumento: Adaptación del cuestionario MNA (se toma como modelo este cuestionario adaptándolo a la población que se estudia).

Indicador: Estado nutricional normal, Riesgo de malnutrición o Malnutrición.

Dentro del cuestionario se encuentran los siguientes ítems a evaluar:

Peso: Según la Real Academia Española (RAE) es la fuerza con la que la Tierra atrae un cuerpo.

Instrumento: Balanza para adultos hasta 180 kg.

Bur, Rocío Luján.

Talla: La RAE la define como la estatura o altura de las personas.

Instrumento: Tallímetro.

Teniendo en cuenta que la muestra estuvo formada por personas que presentan giba o no se mantenían de pie para poder tomarles la talla de la forma tradicional se utilizó la altura de la rodilla. De Girolami (2014) define lo como medir la distancia existente entre el talón y la rodilla ubicando la pierna flexionada en un ángulo de 90°. Este resultado se reemplazó en las ecuaciones enunciadas a continuación para obtener una aproximación a la altura de la persona.

Hombre: $(2,02 \times \text{altura rodilla}) - (0,04 \times \text{edad}) + 64,19$

Mujer: $(1,83 \times \text{altura rodilla}) - (0,24 \times \text{edad}) + 84,88$

Instrumento: Cinta métrica inextensible.

Circunferencia de brazo: La RAE define la circunferencia como el contorno de una superficie y al brazo como la parte del brazo desde el hombro hasta el codo.

Teniendo en cuenta lo determinado por el protocolo ISAK (2015), esta se mide tomando el punto intermedio del brazo relajado entre el acromiale (la parte superior más lateral del acromion) y el radiale (borde proximal y lateral de la cabeza del radio).

Instrumento: cinta métrica inextensible.

Circunferencia de pantorrilla: En cuanto a la definición de pantorrilla de la RAE es la parte carnosa y abultada de la pierna, por debajo de la corva.

Bur, Rocío Luján.

Esta medición, siguiendo el protocolo antes mencionado, se realiza en el punto de mayor perímetro de la pantorrilla derecha.

Instrumento: cinta métrica inextensible.

En el caso de este cuestionario se modifican 2 ítems:

¿Vive independiente en su domicilio? Aquí se modifica debido a que es la respuesta es común en todos los participantes, pero las opciones seguirán siendo las mismas (sí o no). La pregunta se transforma en *¿Realiza las actividades de la vida diaria de forma independiente?* Considerando actividades de la vida diaria a aquellas que Romero Ayuso determinó en su publicación (2007), es decir, de mantenimiento personal, comunicación y mantenimiento del lugar en donde duermen.

¿Cuántas comidas completas al día toma? (equivalente a 2 platos y postre). En este caso se modifica a *¿Cuántas comidas realiza al día?* Y las opciones pasan de ser *1 comida, 2 comidas o 3 comidas a más de 4 comidas, entre 2 y 4 comidas, 1 comida.* Para esto se toma en consideración el submensaje 1 del mensaje 1 de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), que dice “realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites crudos”:

Procesamiento y análisis de los datos:

El análisis de los resultados y la creación de los gráficos se realizó con el programa informático Microsoft® Excel 2013.

RESULTADOS ALCANZADOS.

La bajada a campo de la presente investigación se realizó el día 3 de julio de 2020 en el Geriátrico Municipal “Nuestra Señora del Huero” de la Ciudad de Concepción del Uruguay. Cabe destacar que al momento de realizarla estaba vigente el decreto nacional 576/2020 “Distanciamiento social, preventivo y obligatorio”.

En ese momento en la Residencia se encontraban habitando 30 personas, siendo 11 las personas que cumplían con los criterios de inclusión y formando, de esta manera, la muestra.

La edad media de los adultos mayores que formaron la muestra fue de 67 años con una distribución por sexo de cuatro mujeres (36%) y siete (64%) hombres.

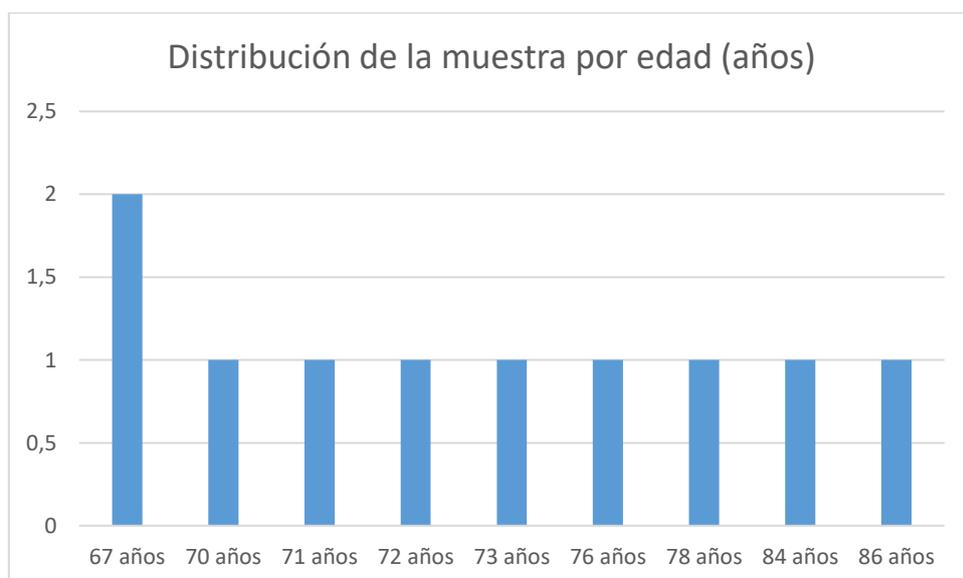


Gráfico 1. De creación propia.



Gráfico 2. De creación propia.

El estado civil se dividió entre solteros, en mayor medida (64%), viudos en poco menos de un tercio de la muestra (27%), y el restante (9%) estaba divorciado.



Gráfico 3. De creación propia.

Analizando los datos que conforman la adaptación de la MNA se obtuvo que en la primera pregunta “¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultad de masticación o deglución en los últimos 3 meses?” seis personas anunciaron haber padecido anorexia moderada (55%), mientras que los restantes (45%) indicaron no haberla sufrido.

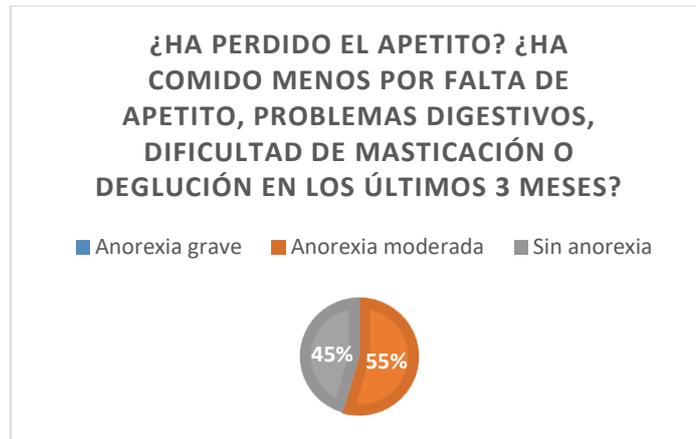


Gráfico 4. De creación propia.

Los resultados de la tercera pregunta fueron que siete personas (64%) consideraban que si bien han perdido peso en los últimos tres meses, no sabían cuánto fue; tres (27%) personas indicaron no haber descendido de peso en este período, mientras que la persona restante (9%) aseguró que la pérdida de peso fue de entre 1 y 3 kg.



Gráfico 5. De creación propia.

Debido al contexto en el que se realizó la investigación que difiere de la cotidianeidad, se consideró la movilidad anterior a la pandemia. Resultó en que solamente uno de los encuestados (9%) se movía de la cama al sillón; por otro lado, ocho de los encuestados (73%) refirieron que su autonomía se limitaba al interior de la Residencia, y el resto (18%) salía del hogar.



Gráfico 6. De creación propia.

El 64% de la muestra (siete personas) han padecido alguna enfermedad aguda o situación de estrés en los últimos tres meses, mientras que el resto (36%) no. Por otro lado, el 64% no presentaban problemas neuropsicológicos, pero sí exhibían demencia o depresión el resto (27% era moderado y 9% grave).

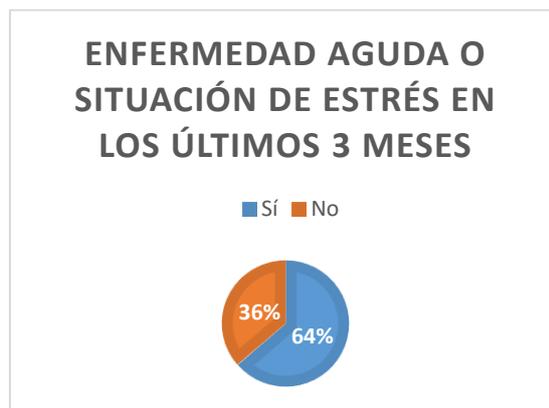


Gráfico 7. De creación propia.

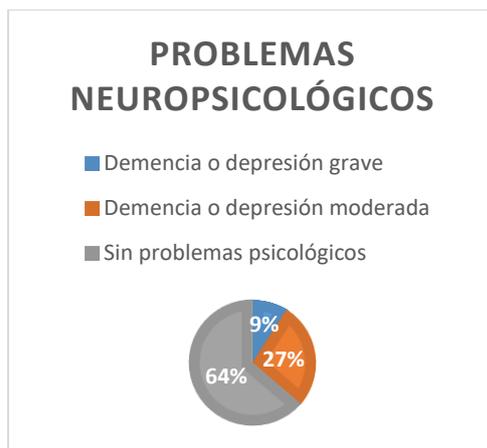


Gráfico 8. De creación propia.

Al evaluar el IMC según las divisiones indicadas por el cuestionario, el 64% (siete individuos) se encontraban por sobre 23, mientras que los cuatro restantes se hallaban: dos (18%) entre 21 y 23, y el restante 18%, entre 19 y 21.

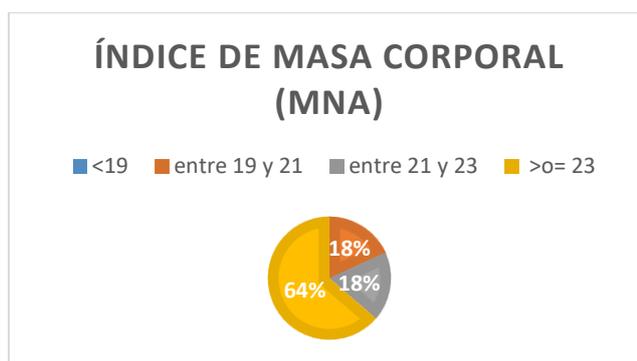


Gráfico 94. De creación propia.

Si evaluamos aisladamente del MNA al IMC obtenemos que el 18% (dos personas) se clasificaron con Peso Insuficiente, y la misma cantidad para Obesidad Grado II. Del total restante el 27% obtuvo lo suficiente para ser considerados con Sobrepeso. La mayor parte de la muestra 37% (cuatro personas) logró la clasificación de Normal.

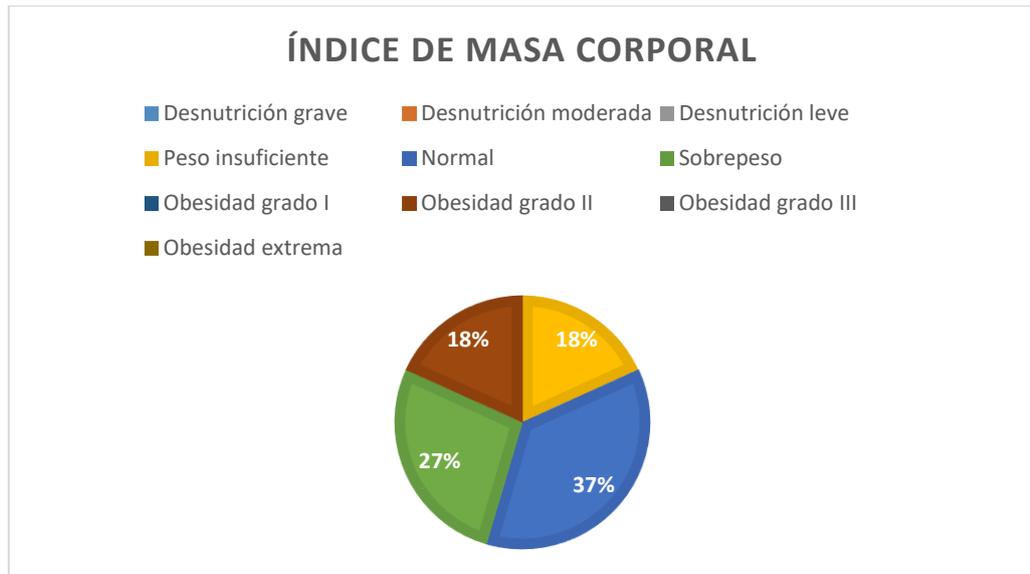


Gráfico 10. De creación propia.

Hasta este punto sólo dos de los encuestados (18%) obtuvieron puntajes mayores o iguales a 12 puntos. Por lo cual se los considera con estado nutricional normal. El resto debió continuar respondiendo, obligatoriamente, las preguntas que forman el apartado de evaluación del MNA.

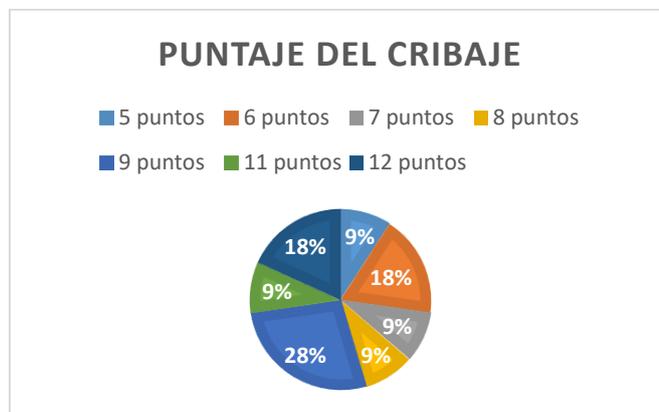


Gráfico 11. De creación propia.

De igual forma quienes alcanzaron el puntaje necesario en el cribaje respondieron las preguntas de la evaluación (con la finalidad de poder realizar relaciones posteriormente). Por lo que la muestra sigue siendo de 11 adultos mayores.

Bur, Rocío Luján.

Poco más de dos tercios de la muestra (64%) afirmó poder realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. Mientras que el resto lo negó.



Gráfico 12. De creación propia.

La misma proporción que respondió afirmativamente a la pregunta anterior, lo hizo en cuanto a la toma más de tres medicamentos a lo largo del día.

Sólo tres de los integrantes de la muestra (27%) presentaron ulceraciones o lesiones cutáneas al momento de realizar el cuestionario.



Gráfico 13. De creación propia.



Gráfico 14. De creación propia.

En cuanto a las comidas que realizan en un día, diez (91%) indicaron consumir entre dos y cuatro comidas. La persona restante (9%) indicó que come más de cuatro veces al día.



Gráfico 15. De creación propia.

La pregunta número cinco de esta parte está formada por tres preguntas de respuesta dicotómica (Sí o No), tomando como parte del análisis la cantidad total de 'Sí' obtenidos en total.

Un 91% reveló que consume productos lácteos al menos una vez al día. Casi tres cuartos de la muestra (73%) consume huevos o legumbres una o dos veces por semana. Por otra parte, sólo dos (18%) no consume algún tipo de carne a diario.

Bur, Rocío Luján.

El 53% de la muestra (cinco adultos mayores) indicaron la cantidad máxima de síes admitidos por la pregunta (tres), mientras que el 36% indicó dos veces la respuesta afirmativa y el 9% restante la eligió en una sola ocasión.

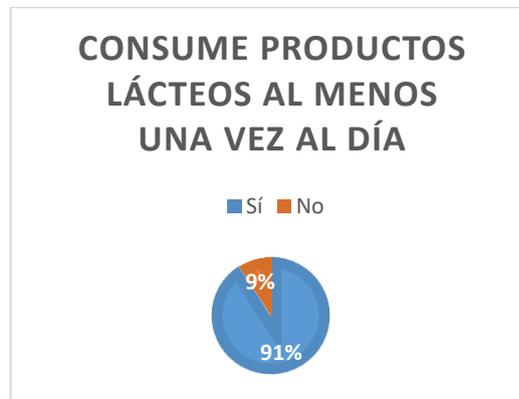


Gráfico 16. De creación propia.



Gráfico 17. De creación propia.



Gráfico 18. De creación propia.



Gráfico 19. De creación propia.

Con relación al consumo de frutas y verduras surgió que ocho de los encuestados (73%) las consumía al menos dos veces al día. Los tres restantes (27%) no o lo hacían en menor cantidad.

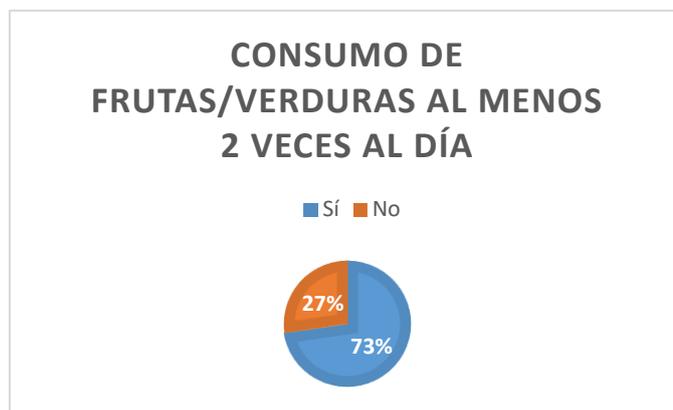


Gráfico 20. De creación propia.

Sobre el consumo de agua y líquidos se obtuvo que tres personas (27%) consumían más de cinco vasos durante el día y una cantidad igual consumía menos de tres. Mientras que cinco (46%) consumían entre tres y cinco vasos.

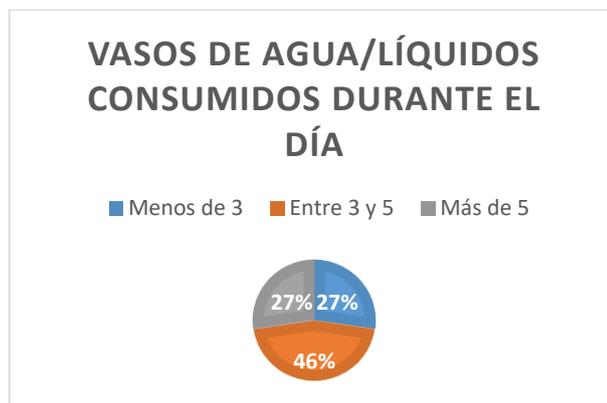


Gráfico 21. De creación propia.

Respecto a la forma de alimentarse ningún participante advirtió depender de alguien para alimentarse, pero una persona (9%) afirmó comer sólo, pero con cierta dificultad. Mientras que la mayoría (91%) aseguró alimentarse sólo y sin dificultad.

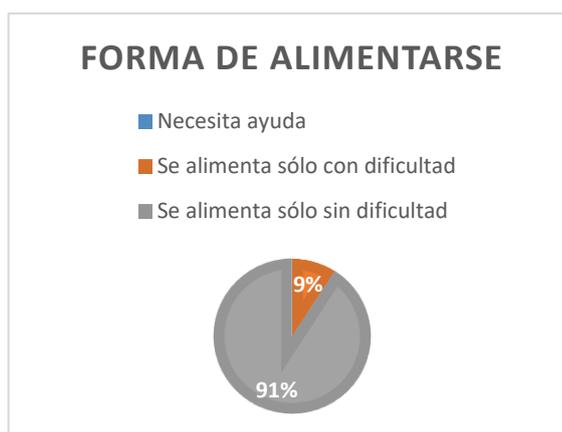


Gráfico 22. De creación propia.

En lo que refiere a la autopercepción del estado nutricional, consideraban no tener problemas de nutrición ocho de los encuestados (73%), mientras que los tres restantes (27%) no lo sabían o se percibían con desnutrición moderada.

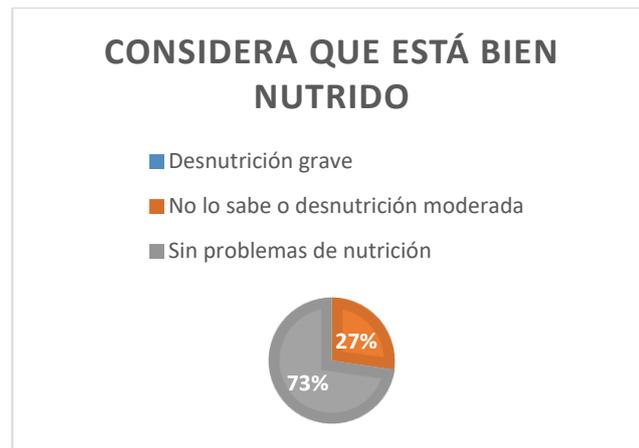


Gráfico 23. De creación propia.

En consideración a como se encuentra su estado de salud respecto de las personas de su misma edad un 9% dijo que peor; un 18% manifestó que no lo sabe y el 27% opinó que estaba igual. Pero el mayor porcentaje (46%) aseveró que es mejor.



Gráfico 24. De creación propia.

Por lo que considera a las mediciones antropométricas todos los adultos mayores alcanzaron más de 22 centímetros para la circunferencia braquial. Por otra parte, la circunferencia de pantorrilla tuvo una distribución de dos personas (18%) que alcanzaron menos de 31 centímetros y el 82% restante superó u obtuvo dicha medida.



Gráfico 25. De creación propia.

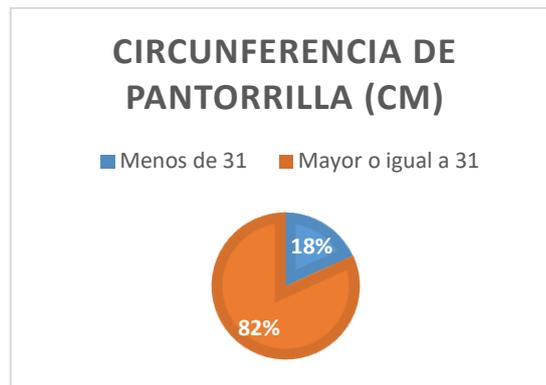


Gráfico 26. De creación propia.

Al finalizar la adaptación de la encuesta, de aquellos que no obtuvieron más de 12 puntos en el cribaje, seis de los adultos mayores (67%) obtuvieron entre 17 y 23,5 puntos, lo que los incluye en la clasificación de riesgo de malnutrición. Por otro lado, tres (33%) no alcanzaron los 17 puntos ubicándolos en la categoría de malnutridos.

Recordemos que sólo dos personas que formaron la muestra inicial se clasificaron con estado nutricional normal, en la etapa de cribaje.

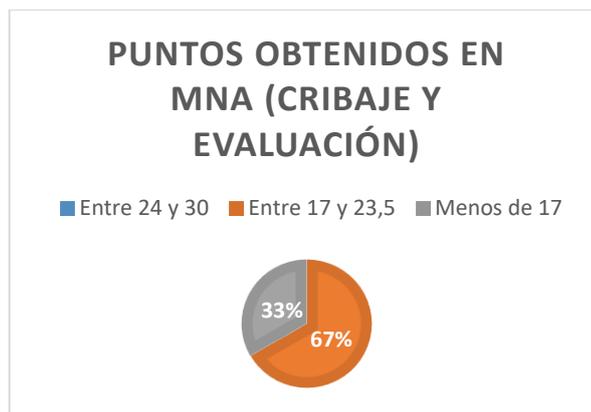


Gráfico 27. De creación propia.



Gráfico 28. De creación propia.

En cuanto a los factores sociales, se debe tener en cuenta que en cada uno de ellos las respuestas representan un número que va del uno al cinco, siendo uno el que expresa la mejor calidad y cinco la menor. Es por esto por lo que, en cada factor se consignó el puntaje seleccionado por los adultos mayores.

Respecto de la situación familiar 31% de la muestra, no tenían familia o viven lejos y no dependían de ella (dos puntos). Aproximadamente un cuarto de esta, 23%, tenían familia que se encontraba cerca o lejos y no dependían de ella (un punto). Un 38% no tenía familia (cinco puntos), mientras que la persona restante (8%) dependía de alguna manera de su familia (tres puntos).

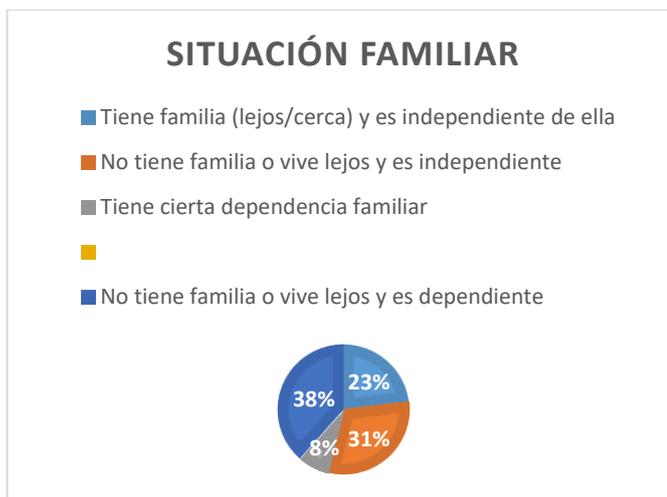


Gráfico 29. De creación propia.

Sobre la situación económica poco menos de la mitad de la muestra (46%) tenían ingresos entre \$15891,49 y \$12715,19 (lo que corresponde a la jubilación mínima y la pensión universal por adulto mayor, en ese orden), es decir tres puntos. El 27% de la muestra (tres personas) tenían ingresos menores a la pensión universal por adulto mayor o recibían ayuda estatal (cuatro puntos). Un 18% (dos personas) presentaban ingresos entre \$23836,50 y la jubilación mínima (dos puntos). Y sólo el 9% no contaba con ingresos o eran inferiores a los ya mencionados (cinco puntos).

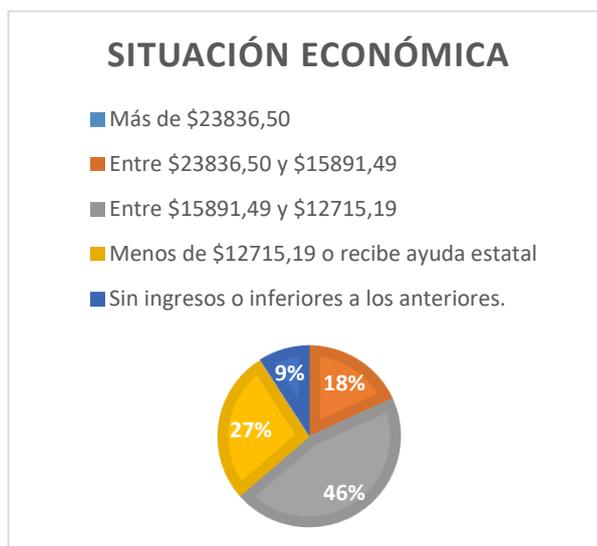


Gráfico 30. De creación propia.

Bur, Rocío Luján.

Acerca del hogar poco menos de la mitad de las muestras (46%) estaban a gusto con las condiciones evaluadas, es decir obtuvieron un punto (distribución edilicia, condición de esta, personal y actividades). El 36% de los individuos estaban conforme con tres condiciones (dos puntos). Del 18% restante, la mitad estaba satisfecha con un solo aspecto del hogar (cuatro puntos) y la otra mitad con ninguna (cinco puntos).

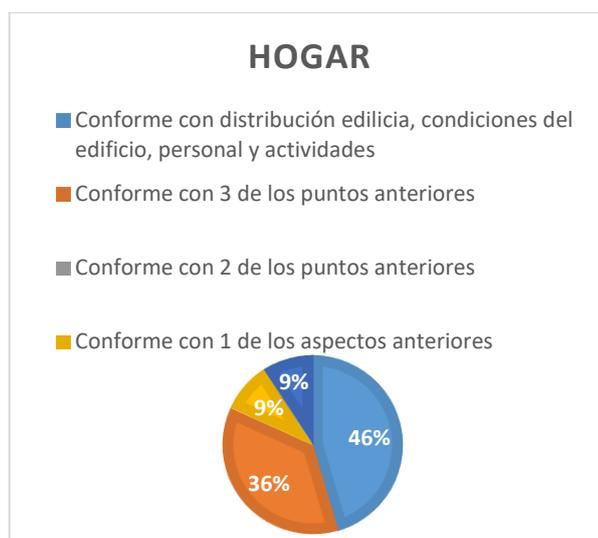


Gráfico 31. De creación propia.

En consideración a las relaciones sociales la mayor parte de la muestra (55%) disfrutaba algún tipo de relación social fuera del hogar (un punto). Del 45% restante, un 18% sólo tenía relación con familiares o vecinos, es decir personas que viven con ellos en el hogar, (tres puntos) y otro porcentaje igual no salía y no recibía visitas (cinco puntos) y un 9% sólo se relacionaba con familia y compañeros del hogar (dos puntos).



Gráfico 32. De creación propia.

Con relación al apoyo de la red social poco menos de dos tercios de la muestra (73%) dependían exclusivamente del ingreso al hogar (cuatro puntos). El 18% además, contaba con apoyo familia o de los compañeros del hogar (un punto). Mientras que el 9% sentía falta de apoyo de ningún tipo (tres puntos).

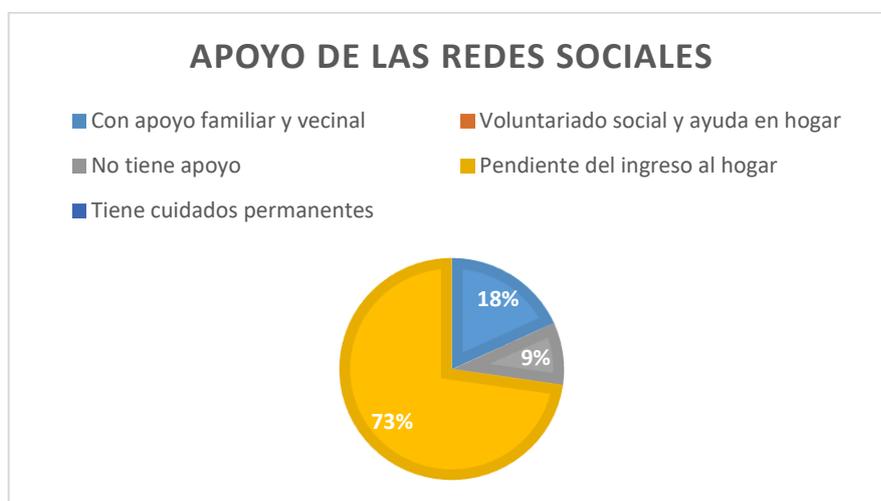


Gráfico 33. De creación propia.

Teniendo en cuenta los valores estipulados para cada opción, al sumarse la valía de cada una, se obtuvo que una persona llegó a siete puntos, otras obtuvieron ocho, 13,14,17,19 y 22 puntos. Por otro lado, dos adultos mayores obtuvieron 12 puntos y una cantidad igual alcanzó 16 puntos.

Bur, Rocío Luján.

Considerando lo anteriormente mencionado, sólo dos personas (18%) presentaron buena o aceptable situación social, 36% se encuentra en riesgo social y el 46%, es decir cinco personas presentaron problemas sociales.

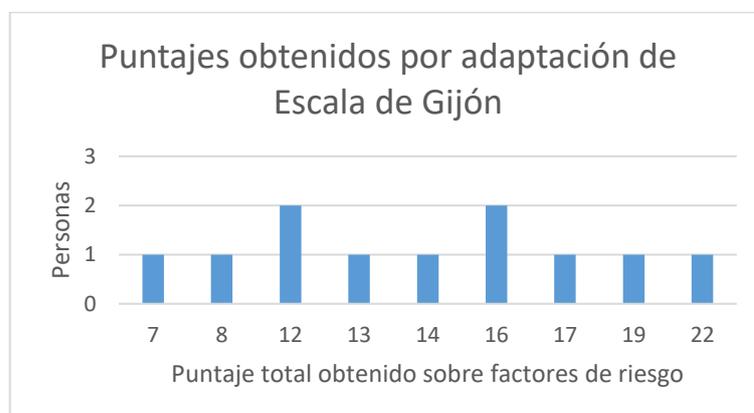


Gráfico 34. De creación propia.



Gráfico 35. De creación propia.

A partir de los datos obtenidos de ambos cuestionarios se pueden establecer relaciones entre las diferentes variables en estudio.

La primera, es la existente entre la clasificación obtenida por la MNA y la que se obtuvo por el IMC. Del total de la muestra, las personas que tuvieron un resultado de estado nutricional normal fueron dos (18%), de las cuales un 9% tiene un IMC que se encontró dentro del rango de sobrepeso y el otro 9% dentro de obesidad III.

Bur, Rocío Luján.

De las personas encasilladas como en riesgo de malnutrición según el MNA (54%), un 9% presentó un IMC que lo clasifica como peso insuficiente y un porcentaje similar en obesidad grado II. Del total restante un 18% se encontró con IMC normal y la misma cantidad con sobrepeso.

Para los adultos mayores clasificados como malnutridos por el cuestionario (27%), un 9% presentó la clasificación para el IMC de peso insuficiente. Mientras que el resto se clasificó como normal.

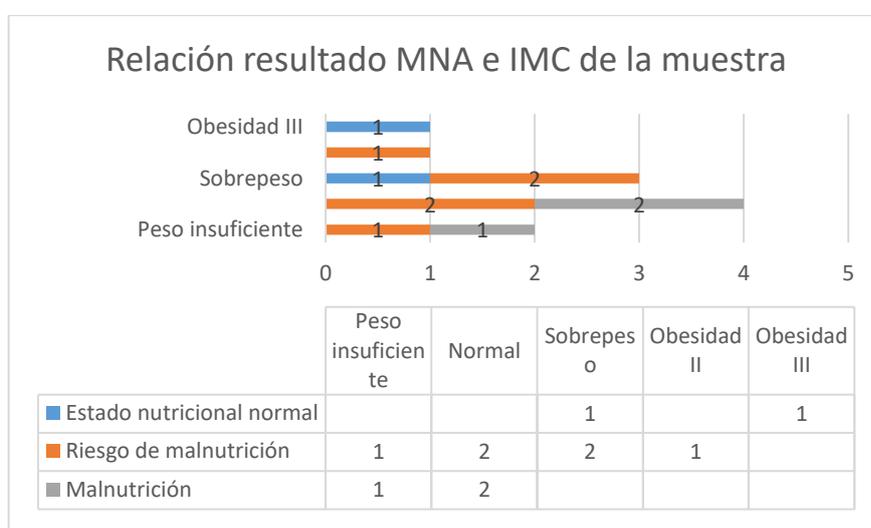


Gráfico 36. De creación propia.

En cuanto al descenso de peso en relación con la clasificación que determina el cuestionario se advirtió que del total de quienes obtuvieron la clasificación de estado nutricional normal (18%), uno (9%) aseguró haber perdido entre uno y tres kilogramos, mientras que el otro, no considera haber disminuido su peso.

Por otra parte, quienes se encasillaron en riesgo de malnutrición (55% de la muestra), el 18% aseguró no haber perdido peso en ese período de tiempo, mientras que el 37% restante consideró haber disminuido su peso, pero no sabe en qué dimensión.

Por último, las tres personas restantes (27%) que se catalogó como malnutridos consideró que ha descendido de peso, pero no conoce la magnitud en la que lo hizo.

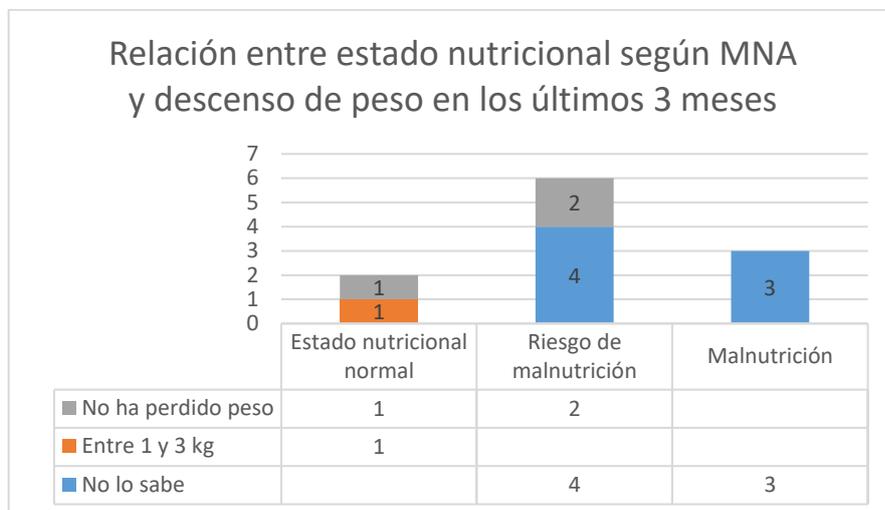


Gráfico 37. De creación propia.

Al relacionar las variables “peso descendido en los últimos tres meses” y “la presencia de anorexia” durante el mismo período se observó que de quienes presentaron anorexia moderada (seis personas: aproximadamente 55% de la muestra), sólo una persona (9%) no perdió peso, el 46% restante disminuyó su peso, pero no sabe cuánto. Por otro lado, quienes no mostraron síntomas de anorexia durante ese tiempo afirmaron descenso de entre 1 y 3 kg (9%), un 18% no perdió peso y el otro 18% no sabe cuánto descendió.

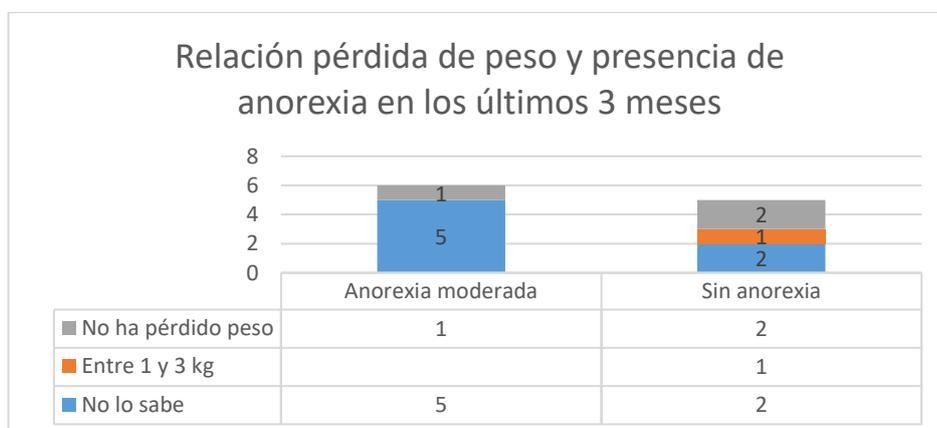


Gráfico 38. De creación propia.

Bur, Rocío Luján.

Al relacionar la movilidad con el estado nutricional se observó que sólo quienes tenían estado nutricional normal tenían la capacidad de poder salir del hogar (18%). Por otra parte, aquella persona que se movía exclusivamente de la cama al sillón se clasificó como con malnutrición (9%). A su vez, el resto de las personas catalogadas como malnutridas (18%) sólo presentaron autonomía en el interior de la residencia.

A estas últimas se les agregan las seis personas (55%) que se clasificaron dentro de los que presentaban riesgo de malnutrición.

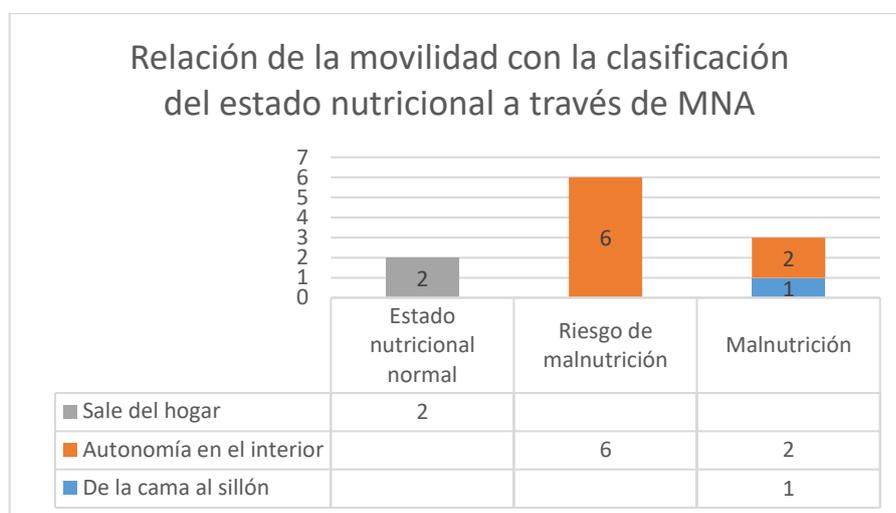


Gráfico 39. De creación propia.

Por parte de la relación entre la movilidad y la presencia de enfermedades agudas o situaciones de estrés en los últimos tres meses la única persona que sólo se mueve de la cama al sillón (9%) ha presentado alguna de las dos opciones en ese tiempo.

Del 18% que sale del hogar, un 9% respondió afirmativamente a la pregunta, y el porcentaje restante lo hizo de manera negativa. Del 73% de la muestra presenta autonomía sólo en el hogar, un 27% no tuvo ninguna de las cuestiones mencionadas y el 46% restante si las tuvo.

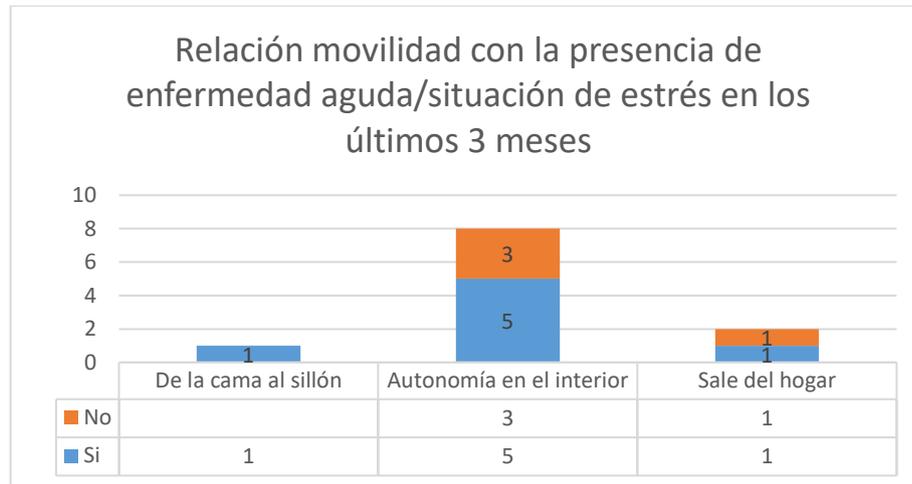


Gráfico 40. De creación propia.

Por otra parte, al referir la movilidad de los pacientes y si presentan problemas neuropsicológicos de algún nivel se obtuvo que las dos personas que salían del hogar (18%) no presentaban problemas de ese tipo.

En cambio, la persona (9%) que presentó limitaciones en la movilidad (de la cama al sillón) padecía demencia/depresión moderada. En cuanto a quienes eran autónomos en el interior de la residencia el 9% presentaba demencia o depresión grave, el 18% la mostraban en grado moderado y el restante 46% no exhibían ninguno.

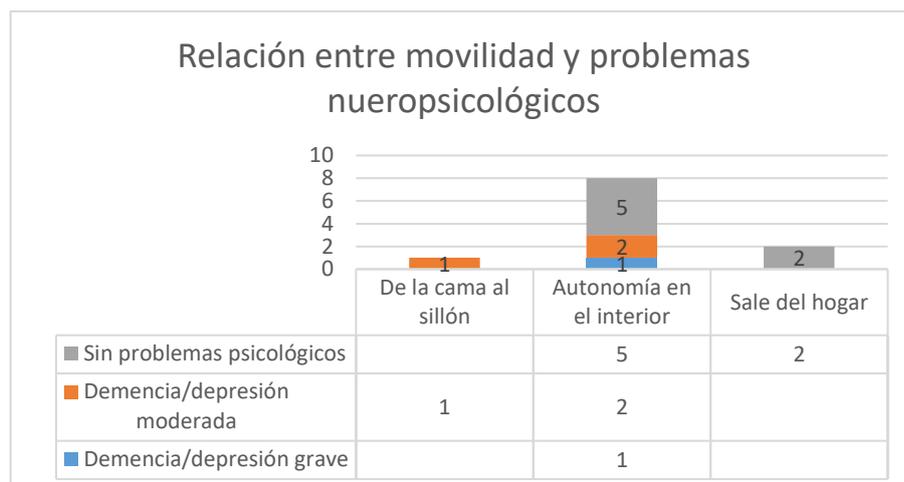


Gráfico 41. De creación propia.

Bur, Rocío Luján.

En cuanto a la movilidad y la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), quienes salían del hogar (18%) también eran autónomos en las AVD. Por otro lado, quien sólo se movía de la cama al sillón no podía realizarlas de esta forma (9%).

Mientras que quienes tenían su autonomía limitada al interior, se dividían en 27% también se confinaba su posibilidad de realizar las AVD por sí mismas. Mientras que el restante 46% presentaba autonomía en la realización de dichas actividades.

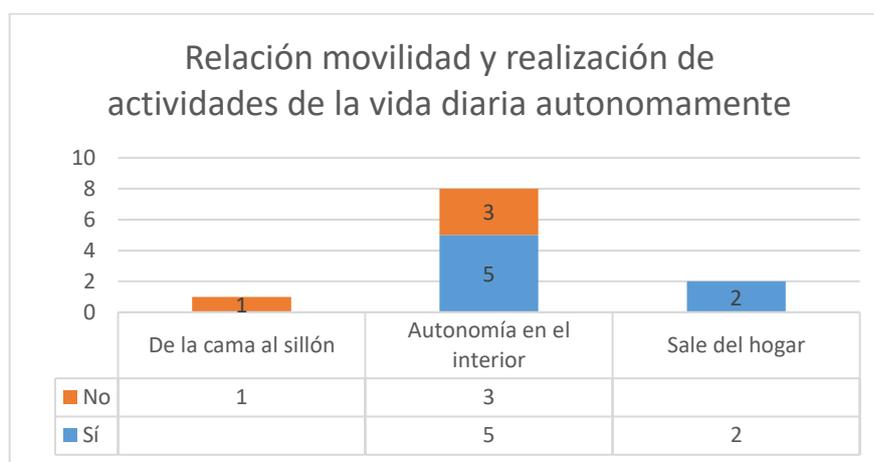


Gráfico 42. De creación propia.

Al relacionar las variables IMC, según las categorías establecidas por la MNA, con las comidas realizadas se observó que sólo una persona (9%) realizaba más de cuatro comidas y cuyo IMC se encontraba sobre 23.

El resto de la muestra consumía entre dos y cuatro comidas diariamente, pero sus IMC se distribuían entre mayor o igual a 23 (55%), entre 21 y 23 (18%) y entre 19 y 21 (18%).

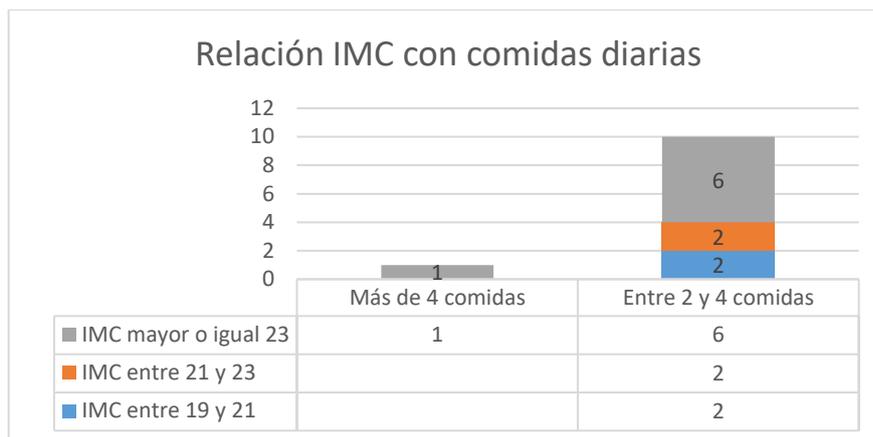


Gráfico 43. De creación propia.

Al evaluar la movilidad de los adultos mayores relacionándola con la presencia de úlceras y/o lesiones cutáneas se concluyó que quien sólo se movía desde su cama al sillón no presentaba ningún tipo de lesión en la piel (9%), que quienes salían del hogar presentaban lesiones (9%) o no (9%). Y por último que aquellos que eran autónomos dentro de la residencia presentaban contusiones (27%) o no (46%).

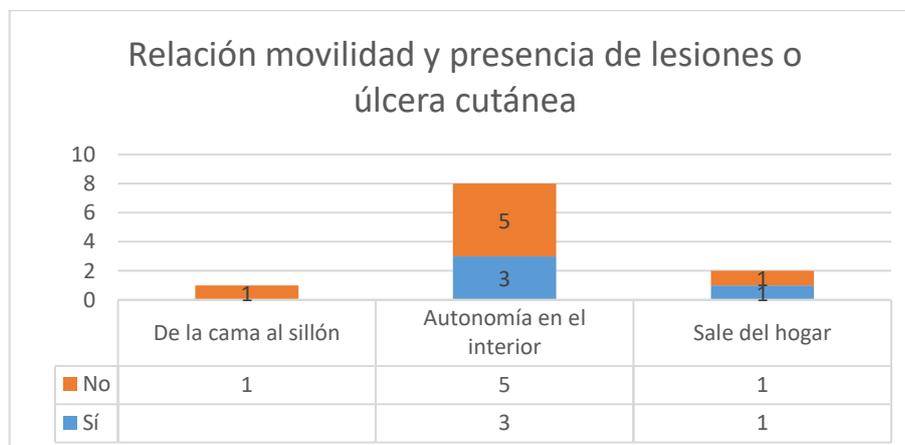


Gráfico 44. De creación propia.

En tanto las personas que presentaron estado nutricional normal no tomaban más de tres medicamentos al día (18%). Aquellos que presentaban malnutrición consumían tres o más medicamentos (27%), pero quienes se encontraban en riesgo de malnutrición mostraban una distribución del 18% que no requerían más de tres fármacos a diario y el restante 37% consumía tres o más de estos.

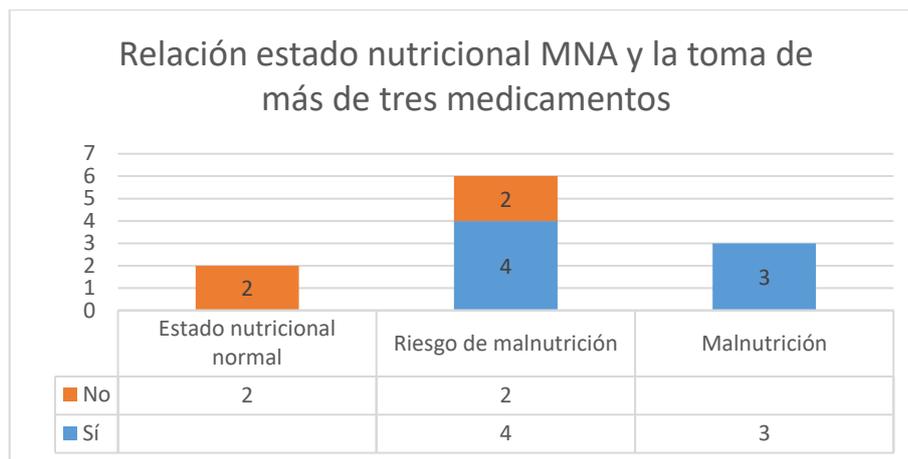


Gráfico 45. De creación propia.

Del total de la muestra sólo una persona presentó anorexia moderada y consumo de menos de tres medicamentos por día (9%), 46% exhibían anorexia moderada y el uso de tres o más fármacos.

En cuanto a quienes no padecían anorexia, el 27% no consumía más de dicha cantidad de medicinas y el restante 18% sí lo hacía.

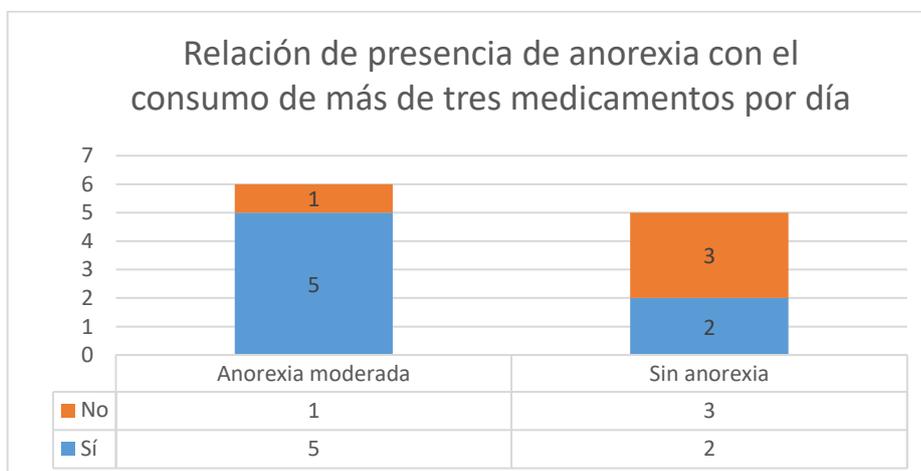


Gráfico 46. De creación propia.

Al comparar la percepción de las personas evaluadas respecto de su estado nutricional y el resultado obtenido a través de la MNA se observó que las dos personas con estado nutricional normal según MNA se autodeclararon sin problemas de nutrición (18%). En contraste, quienes se encasillaron en riesgo de malnutrición por el

Bur, Rocío Luján.

cuestionario, se autodefinieron como sin problemas de nutrición (46%) y como desnutrición moderada o no lo sabían (9%). Por parte de los definidos como malnutridos, un 9% se declaró sin problemas de nutrición y un 18% no sabía sobre su estado nutricional o se consideraban con desnutrición moderada.

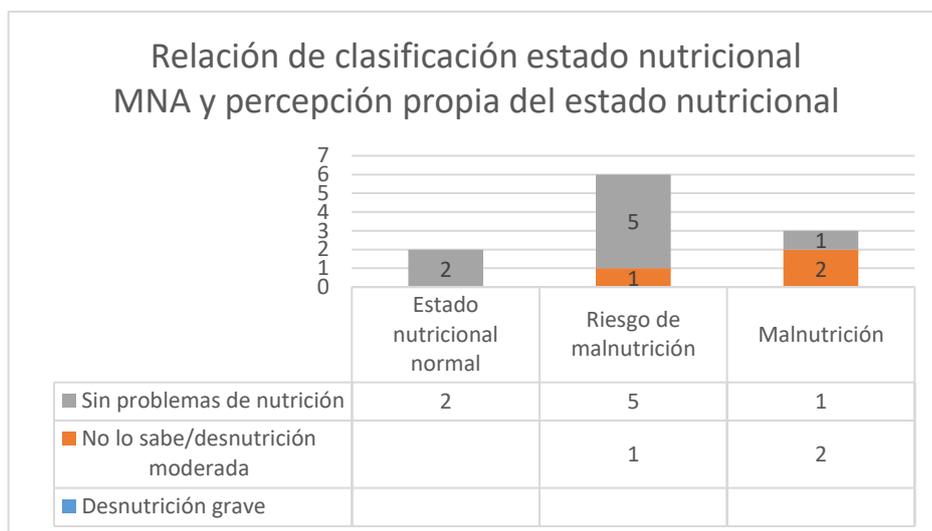


Gráfico 47. De creación propia.

Desde la mirada de la clasificación obtenida por los adultos mayores según su IMC en la MNA y la autopercepción de ellos sobre este tema resultó que, de quienes no conocían si estaban con desnutrición moderada o no sabían sobre su estado, un 9% además presentó IMC entre 19 y 21, otro porcentaje idéntico presentó IMC entre 21 y 23 y otro porcentaje igual presentó IMC mayor o igual a 23.

En cuanto a quienes se sentían sin problemas de nutrición (73%), un 55% presentó IMC mayor o igual a 23, mientras que el restante 18% se dividió en partes iguales entre los IMC entre 19 y 21 y entre 21 y 23.

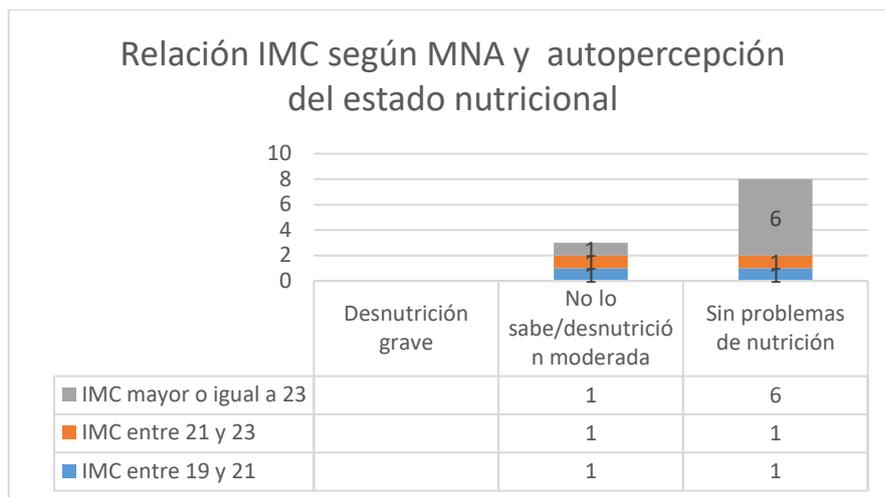


Gráfico 48. De creación propia.

Al establecer la relación entre las dos circunferencias, braquial y de pantorrilla, en las personas que conforman la muestra podemos observar que sólo dos personas (18%) tuvieron 22 centímetros de circunferencia braquial y 31 centímetros o más de pantorrilla, mientras que el 82% restante coincidió en el resultado de la extremidad superior, pero con menos de 31 centímetros en la otra.

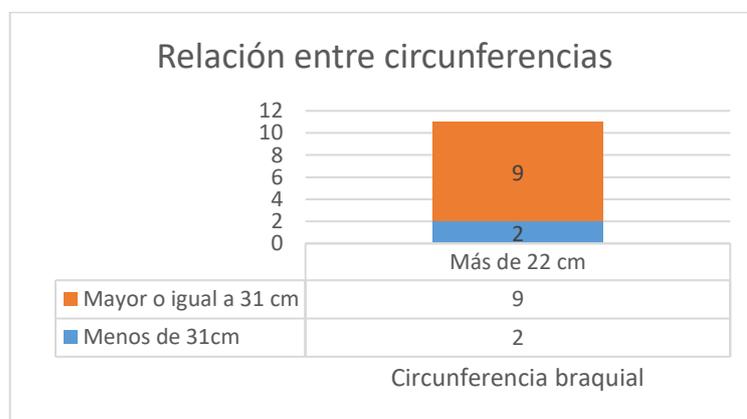


Gráfico 49. De creación propia.

De aquellas personas que presentaron la circunferencia de brazo por encima de 22 centímetros un 18% presentó su IMC entre 19 y 21, el mismo porcentaje tenía el IMC entre 21 y 23. Pero la mayor parte, 64%, tenía un IMC mayor a 23.

Bur, Rocío Luján.

Al observar quienes presentaban IMC mayor o igual a 23 también presentaban una circunferencia de pantorrilla mayor a 31 centímetros (64%). En cuanto a aquellos que presentaron IMC entre 19 y 21 tuvieron un 9% una circunferencia de dicha parte mayor o igual a 31 y en igual proporción se mostraron menos de 31 centímetros.

Por otra parte, el IMC de entre 21 y 23 tuvo un 9% de personas que además tenían más de 31 centímetros de circunferencia de pantorrilla y otro 9% con menos de dicha medida.

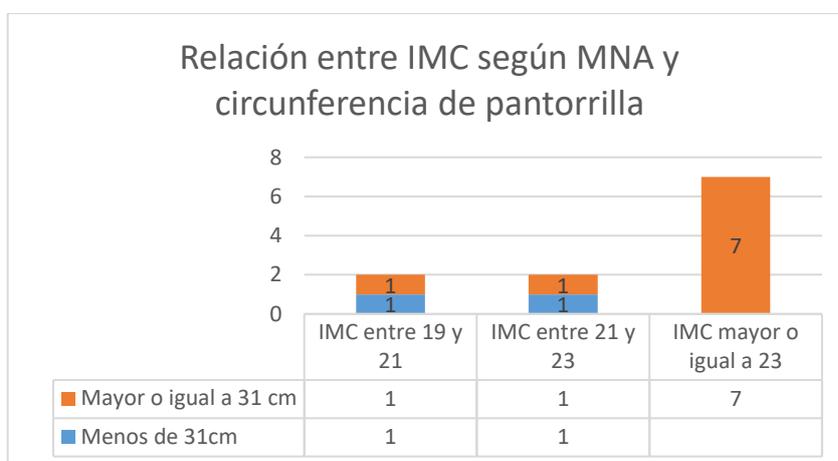


Gráfico 50. De creación propia.

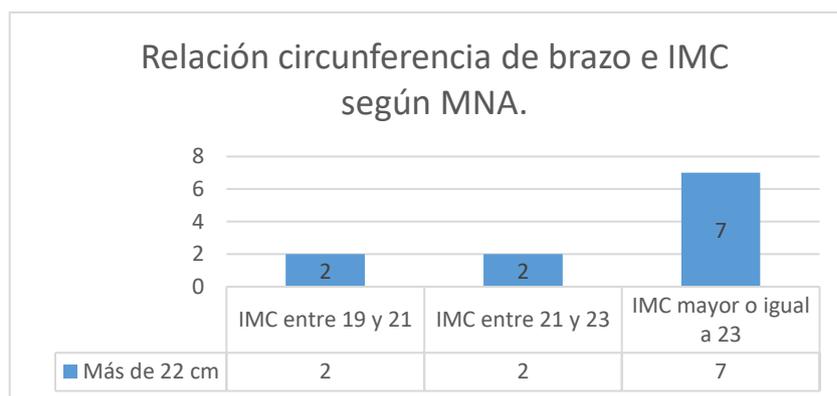


Gráfico 51. De creación propia.

Por parte de la circunferencia de brazo toda la muestra presentó más de 22 centímetros, sin distinción respecto de su estado nutricional.

Bur, Rocío Luján.

En cuanto a la circunferencia de pantorrilla mayor o igual a 31, el 18% de la muestra presentó además estado nutricional normal, el 46% tenía riesgo de malnutrición y el 18% malnutrición. Por otra parte, quienes tenían esta medida menor a 31 centímetros un 9% además tenía riesgo de malnutrición y en la misma medida malnutrición.

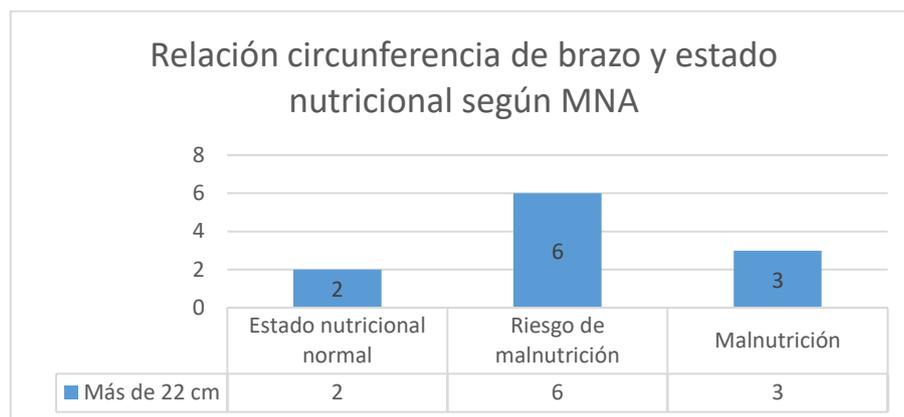


Gráfico 52. De creación propia.

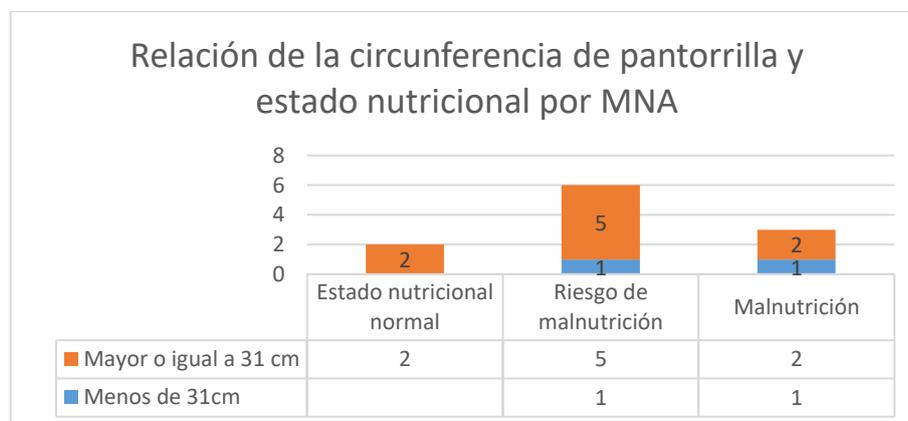


Gráfico 53. De creación propia.

Dentro del grupo de las personas que presentaban una circunferencia de brazo mayor a 22 centímetros, es decir toda la muestra, un 73% de la misma no sentía que presentaba problemas nutricionales. Mientras que el restante 27% no lo sabía o presentaba desnutrición grave.

Bur, Rocío Luján.

Mientras que al tener en cuenta la circunferencia de pantorrilla hubo población que presentó menos de 31 centímetros de pantorrilla y desnutrición moderada o no lo sabe (9%), y otros con igual clasificación según su medida de pantorrilla pero que se percibió sin problemas de nutrición (9%).

Y otro tanto (18%), presentó la circunferencia de pantorrilla clasificada como mayor o igual a 31 centímetros y con una percepción de su estado nutricional desconocida por sí mismos o con desnutrición moderada. El restante 64% presentó clasificación similar para la pantorrilla, pero no tenía problemas de desnutrición, según lo que percibían de sí mismos.

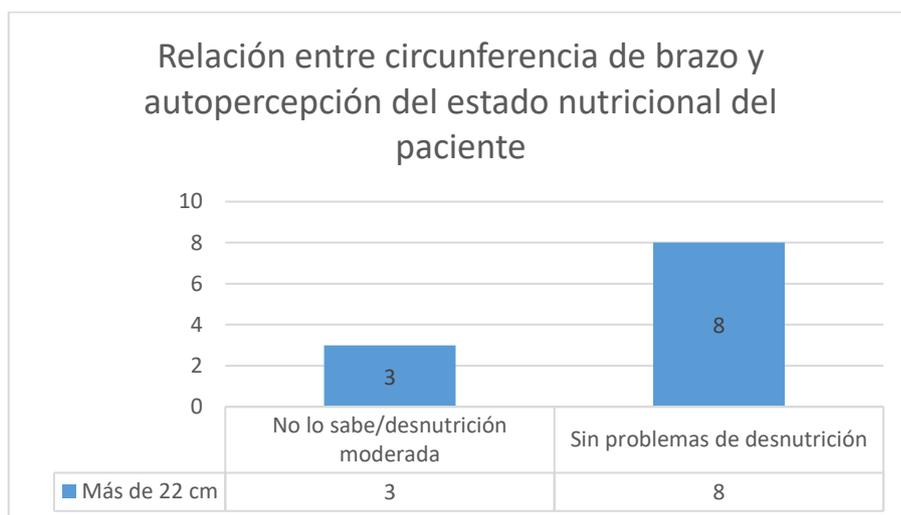


Gráfico 54. De creación propia.

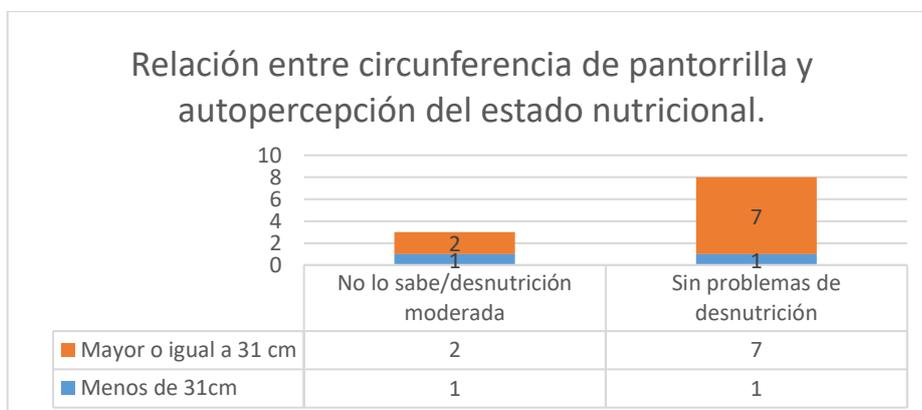


Gráfico 55. De creación propia.

Bur, Rocío Luján.

Se debe recordar que cada una de las opciones de la adaptación de la escala de Gijón representa un puntaje del uno al cinco, siendo uno el puntaje deseado y cinco el menos ideal. Aquellos que obtuvieron un puntaje entre cinco y nueve se los considera con buena/aceptable situación social, mientras que los que consiguieron una puntuación entre 10 y 14 se los denomina en riesgo social y para los que lograron más de 15 puntos tienen problemas sociales.

En los siguientes gráficos sólo se mencionará el puntaje elegido por la muestra en cada una de las preguntas correspondientes.

Al relacionar el puntaje total que se obtuvo mediante la adaptación de Gijón y el estado nutricional por MNA, se pudo definir que quienes presentaron estado nutricional normal obtuvieron puntajes considerados como de buena situación social (9%) y de riesgo social (9%). Quienes fueron definidos como malnutridos obtuvieron puntuaciones que coinciden con el diagnóstico de problemas sociales (27%). Por parte de quienes se determinaron como en riesgo de malnutrición por el cuestionario antes mencionados se clasificaron como aceptable situación social (9%), en riesgo social (27%) y con problemas sociales (19%).

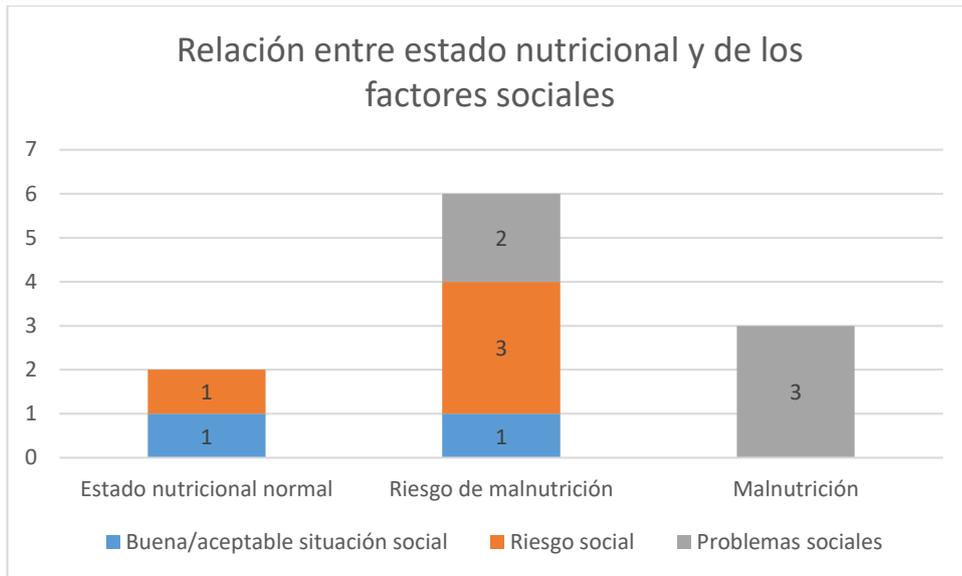


Gráfico 56. De creación propia.

Al observar los resultados obtenidos en la pregunta uno de la Escala por aquellas personas con estado nutricional normal según MNA podemos advertir que un 9% obtuvo un punto y el mismo porcentaje alcanzó dos puntos. Por parte de quienes se determinaron como malnutridos (28%) también lograron cinco puntos en la pregunta. Mientras que los definidos como en riesgo de malnutrición consiguieron un punto (18%) y del dos al cinco hubo una persona con cada uno de esos puntajes (9%).

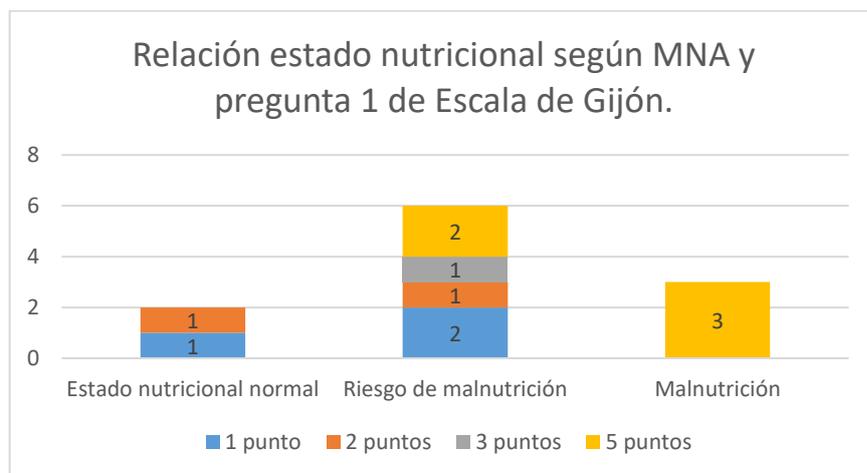


Gráfico 57. De creación propia.

Bur, Rocío Luján.

Para la pregunta dos, las dos personas que se determinaron como nutridas normalmente (18%) consiguieron dos puntos en la pregunta dos. Por otro lado, quienes se definieron como en riesgo de malnutrición marcaron 9% dos puntos, 18% tres puntos y el restante 28% cuatro puntos. En cuanto a los calificados como malnutridos tuvieron dos puntos, tres puntos y cinco puntos, con 9% cada uno.

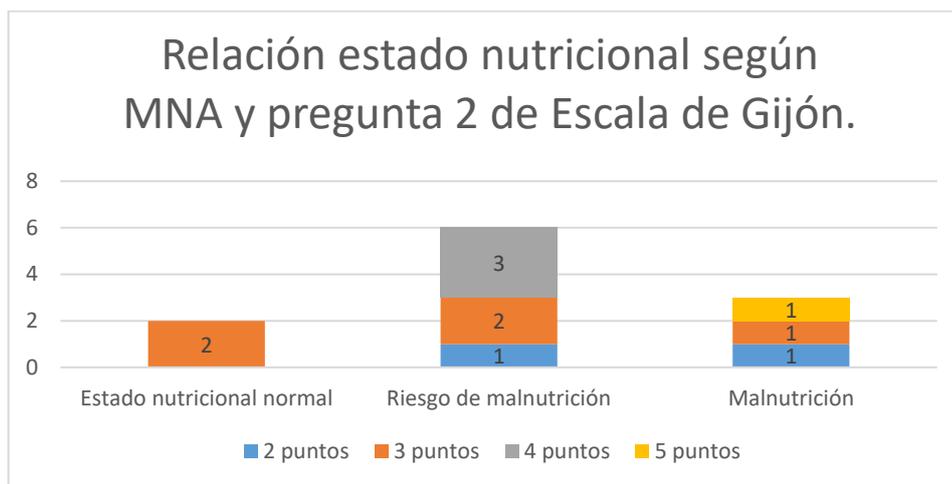


Gráfico 58. De creación propia.

De quienes se encontraban agrupados como normales en cuanto al estado nutricional, un 9% logró un punto en la pregunta tres, y un porcentaje idéntico lo hizo con dos puntos. Mientras que los “en riesgo de malnutrición” marcaron: 18% un punto, 28% dos puntos y 9% tres puntos. Los que fueron encasillados como malnutridos obtuvieron los puntajes de menor calidad según sus respuestas (9% cuatro puntos y 9% cinco puntos), mientras que el 9% sobrante alcanzó un punto.

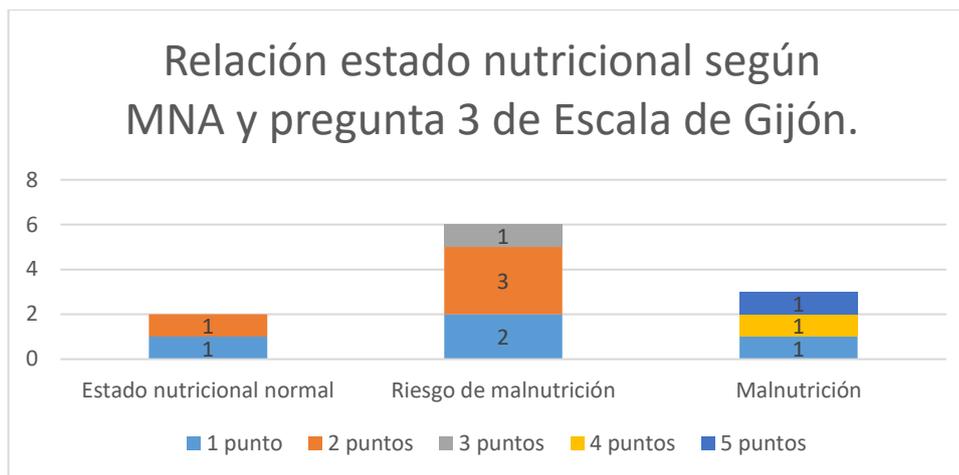


Gráfico 59. De creación propia.

El total de quienes poseían estado normal (18%) además marcaron un punto en la pregunta número cuatro, referida a las relaciones sociales. De quienes presentaban la clasificación intermedia presentaron un 28% un punto, 9% dos puntos y un 18% tres puntos. Por parte de quienes mostraban el peor diagnóstico un 9% marcó un punto y un 18% marcó el puntaje no deseado.

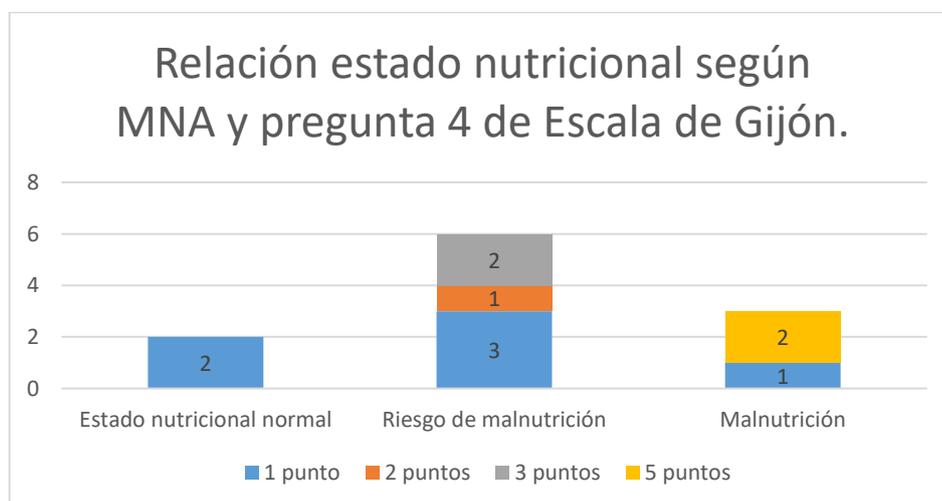


Gráfico 60. De creación propia.

Para la última pregunta de la escala quienes tenían estado nutricional normal presentaron en un 9% un punto y el otro 9% cuatro puntos. Por otro lado, quienes presentaron riesgo de malnutrición colocaron, en su mayoría (46%), cuatro puntos y

Bur, Rocío Luján.

el restante 9% un punto. El resto de la muestra (27%), lograron tres puntos (9%) y cuatro puntos (18%).

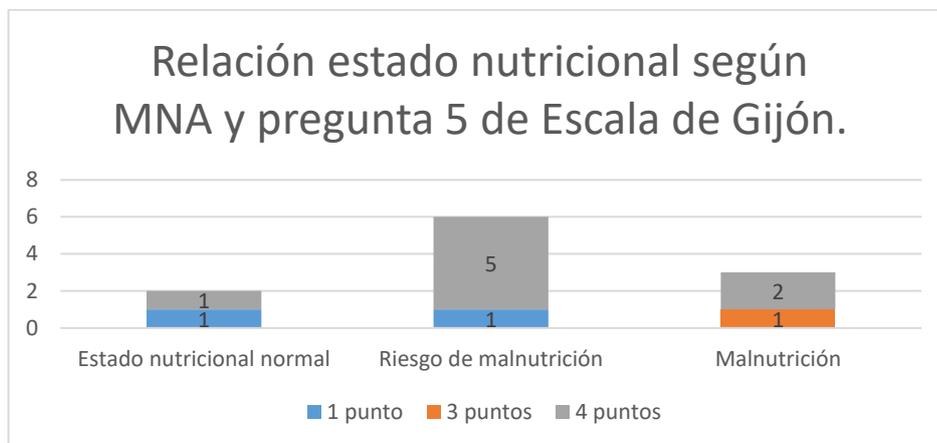


Gráfico 61. De creación propia.

Al relacionar diagnóstico obtenido con cada una de las preguntas de la escala podemos ver que en la pregunta uno quienes se clasificaron con la situación social aceptable (18%) lograron un punto, mientras que quienes se encasillaron como en riesgo social consiguieron un punto (9%), dos puntos (18%) y tres puntos (9%). Mientras que aquellos que se catalogaron como con problemas sociales obtuvieron, en su totalidad (46%) cinco puntos.



Gráfico 62. De creación propia.

Al pasar a la pregunta dos se observa que quienes presentaron su situación social estable indicaron la respuesta cuyo valor es de tres (9%) o de cuatro (9%)

Bur, Rocío Luján.

puntos. En el caso de las personas que se encasillaron como en riesgo social eligieron la respuesta con valía de dos puntos (9%), la de tres (18%) y la de cuatro (9%).

Aquellos que su situación social se categorizó como en problemas indicaron en un 9% dos, tres y cuatro puntos y el 19% seleccionó la opción de cinco puntos.

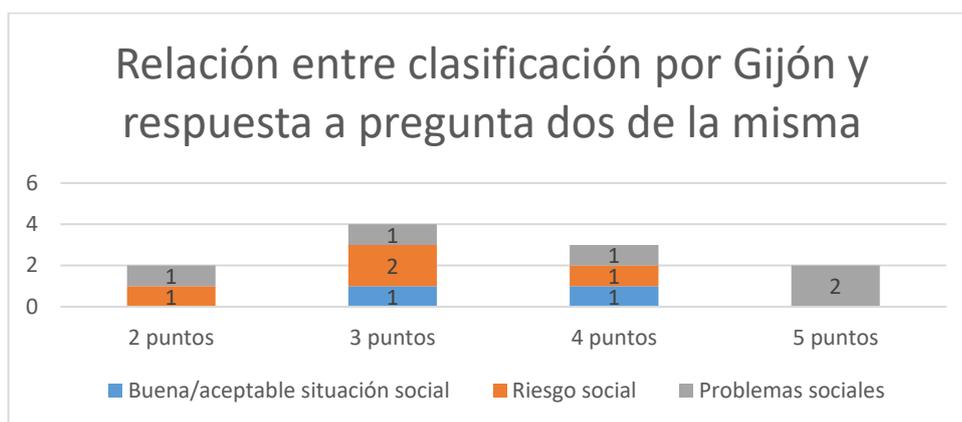


Gráfico 63. De creación propia.

En la pregunta referida a las condiciones del hogar quienes tenían una situación social aceptable decidieron optar por la respuesta con un punto (18%), en tanto quienes presentaron una situación social riesgosa eligieron la contestación de uno (9%), de dos (19%) y la de tres puntos (9%).

Quienes poseían un escenario social problemático seleccionaron las respuestas de uno (9%), dos (18%), cuatro y cinco puntos (9% cada una).

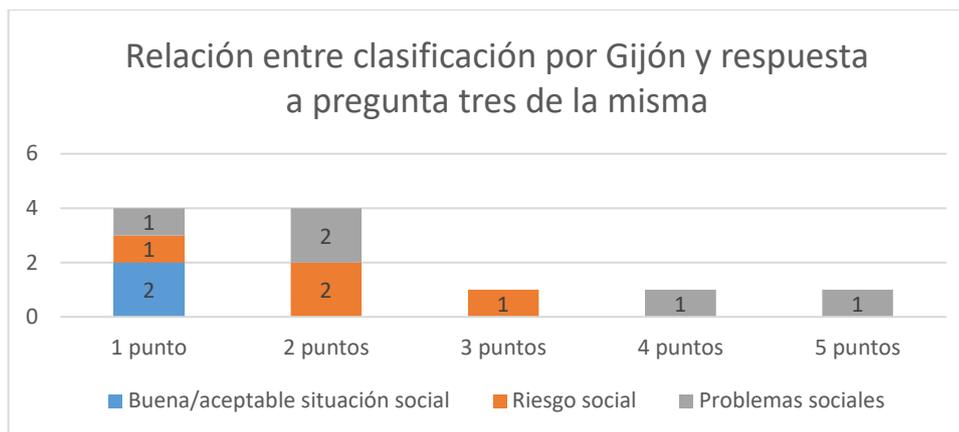


Gráfico 64. De creación propia.

Para la pregunta cuatro sólo se eligieron cuatro de las opciones disponibles. Quienes presentaban situación social aceptable eligieron la opción con un punto (18%), un porcentaje igual eligió la misma, pero estos tenían riesgo social, al igual que los que eligieron la respuesta de dos puntos (9%) o las de tres (9). Otro 18%, con problemas sociales decidieron que la respuesta que más se adecuaba a su pensamiento era la de un punto, mientras que un 19% optó por la de cinco puntos y un 9% por la de tres.

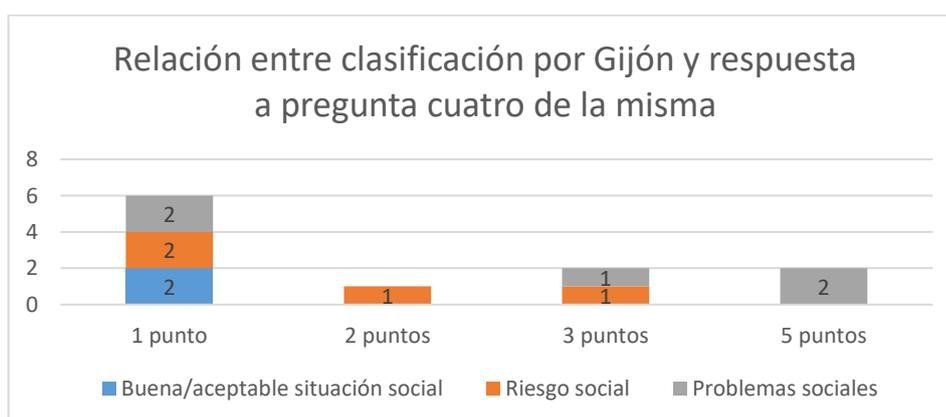


Gráfico 65. De creación propia.

Para la última pregunta las opciones de elección fueron sólo tres para el total de la muestra. Un 18% de la misma que corresponde a quienes poseían buena situación social seleccionaron la de un punto. En cuanto a todos los que tenían riesgo

Bur, Rocío Luján.

social seleccionaron aquella opción con cuatro puntos (36%), al igual que un 37% que presentaba problemas sociales.

El 9% restante de los que tenían problemas sociales seleccionaron la elección de tres puntos.

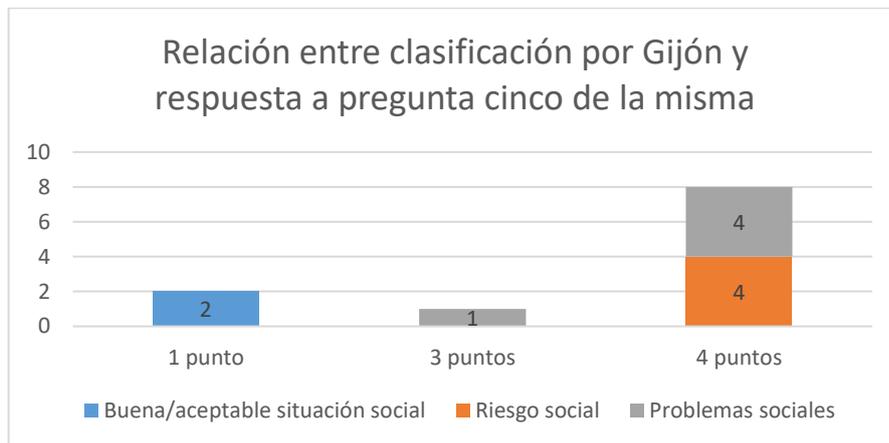


Gráfico 66. De creación propia.

DISCUSIÓN.

Debido a que la población de estudio es una de las consideradas en mayor riesgo de contagio del virus Covid-19 según lo establecido por entidades de salud como el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, presentaban mayores restricciones a la hora de salir, realizar actividades e, incluso, al recibir visitas.

Es por lo anterior que, si bien se consiguió la autorización para realizar las encuestas por parte del director de la residencia y el personal que allí trabaja, muchos de los residentes se negaron a responder. En tanto que otros presentaban algún factor de exclusión que los eximía. Por todo esto, la muestra correspondía al 36% de los moradores de aquel momento.

Estos moradores se encontraban en una etapa en la que el deterioro de las funciones y de la salud se hacen más evidentes que en las anteriores. Hay situaciones como las carencias higiénicas que no son propias de la edad como lo indicaban los trabajos realizados por Villarreal & Month y Fuentes & García, que pueden desencadenar mayores problemáticas en salud. Estas características, si bien no fueron evaluadas por los cuestionarios, no fueron observadas por la tesista.

En cuanto al estado nutricional demostrado a través de la versión adaptada de la MNA el 18% se consideró normal, el 55% se calificó como riesgo de desnutrición y el 27% como malnutridos. Esto no concuerda con el estudio realizado en México por Castañeda, Acuña, Herrera, Martínez & Rangel, pero sí es más cercano al realizado por Ballejos Marina (cuya prevalencia de desnutrición de un 5% y el riesgo de desnutrición en esta población fue del 43%).

Además de lo anterior, es importante considerar la relación que se obtuvo entre el estado nutricional y los factores sociales. Donde se demostró que aquellos que

Bur, Rocío Luján.

presentaban malnutrición además tenían problemas sociales, por lo que pudo considerarse un causante.

Por otro lado, el puntaje total de la versión adaptada de la escala de Gijón no coincidió con el de la investigación realizada por Castañeda & compañía o el de Villarreal-Amarís & Month-Arrieta. Pero se puede considerar que se obtuvo un porcentaje superior con problemas sociales existentes como en el que presentó el primero, y similar porcentaje en riesgo social como en el segundo. Esto pudo deberse a que las muestras de ambas estaban formadas por adultos mayores institucionalizados como no.

Por su parte, la MNA resulta de mucha utilidad debido a que comprende el IMC (agrupado en diferentes categorías) y varias de las cuestiones que derivan en él, que no se considerarían si se usa aislado el IMC. Debe considerarse que puede clasificarse como bien nutrida una persona cuyo índice sea superior al considerado ideal o como malnutrido a alguien con índice ideal o superior a este.

Uno de los eslabones que determina el IMC y el estado nutricional es, según lo demostrado, la cantidad de comidas realizadas (consumo de un plato entero) a lo largo del día. En este caso, además de las comidas que el hogar les da, los residentes podrían consumir comidas o alimentos extras. También se debe tener en cuenta que el consumo de agua es a libre demanda, por lo que si es menor no se debe a la falta de disponibilidad.

Al igual que el IMC, la autopercepción del estado nutricional no podría considerarse como un factor aislado, debido a que es subjetivo, lo que además, imposibilita unificar los criterios. Pero podría considerarse que el índice tiene cierta concordancia respecto de la autopercepción.

Bur, Rocío Luján.

Otro de los aspectos evaluados por la MNA es el estado de los depósitos proteicos, a través de la medición de las circunferencias de pantorrilla y de brazo.

La circunferencia de brazo se encontró en la misma categoría en toda la muestra (encima del punto de corte), por lo que parece no tener un efecto marcado en el IMC aislado o el estado nutricional según MNA o la autopercepción del mismo.

Por el contrario, la circunferencia de pantorrilla presentada por la mayoría fue de menos de 31 centímetros. Esta tiene relación con el IMC aislado (quienes se encontraron sobre esa medida también presentaron IMC elevado), contrariamente, esto no sucedió con los resultados de la MNA o la autopercepción del estado nutricional.

El adecuado estado nutricional y de salud se debe a diferentes cuestiones. Una de ellas es la actividad física, la cual se vería alterada si hay una reducción en la movilidad. Quienes presentan estado nutricional normal podían salir del hogar y por lo tanto realizaba mayor variedad de actividades.

En este caso se encontraba reducida por el contexto pandémico al momento de realizar las encuestas. A mayor reducción del movimiento, menor diversidad de cosas que se podrán hacer. Esta relación pudo establecerse respecto de problemas neuropsicológicos, pero no pudo hacerlo claramente debido a la presencia o no de úlceras o lesiones cutáneas, enfermedades agudas o situaciones de estrés en los últimos meses, ya que no hubo evidencia que lo demuestre.

Esta temática no pudo relacionarse con la del estudio de Ballejos, en el cual eran todos independientes (cabe destacar que en la misma se incluyen personas que no están institucionalizadas). Algo similar ocurre con lo descubierto por Fuentes-García & García-Garro, en dónde una pequeña proporción de la muestra eran

Bur, Rocío Luján.

dependientes, tanto física como económica de terceros, por lo que no se adaptaron adecuadamente a esta etapa.

A su vez la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) autónomamente tiene alta relación con la movilidad: cuanta mayor sea esta, la independencia en la realización de estas actividades es mayor. Estas no incluirían la forma de comer.

Por otro lado, el elemento económico es de los que más afectó a la población (al igual que lo descubierto por Villarreal & Month), sin diferenciar según estado nutricional o de los factores sociales en general. Se debe tener en cuenta que parte de los ingresos de la muestra en estudio se destinan a las necesidades de los residentes.

Al evaluar el descenso de peso de manera aislada se observa que la mayoría declaró haber descendido de peso, pero desconoció en qué dimensión. Al relacionarlo con la clasificación otorgada por la MNA, la totalidad de los malnutridos y gran parte de en riesgo de malnutrición se incluyeron en esa clasificación del descenso de peso. Mientras que los definidos como de estado nutricional normal no se contuvieron en esta.

Se puede considerar que lo anterior puede ser un signo de anorexia, ya que aquellos que presentaron algún síntoma propio de la misma también descendieron del peso en alguna medida.

Por parte de quienes se clasificaron como con anorexia moderada, pueden consumir tres o más medicamentos. Mientras que quienes presentaron un estado nutricional normal tuvieron menor probabilidad de utilizar alguno.

Bur, Rocío Luján.

En cuanto a los factores sociales, la situación familiar es una de las categorías que más peso tienen en el resultado final, aportando puntajes altos a quienes peor diagnóstico logran y bajos a quienes tienen un total más favorable. A su vez a peor estado nutricional mayor es el puntaje en esta pregunta.

Otro de los elementos evaluados es la estadía en la residencia, y a pesar de que estaban en el hogar por diferentes motivos, la peor opción no fue elegida en gran porcentaje. Es por esto que parece no tener un efecto claro en el estado social general, pero sí que a mejor estado nutricional mejor será la percepción de la estadía en el lugar.

Al evaluar es el estado civil mayormente eran solteros, al contrario de lo estudiado por Ballejos o por Villarreal-Amarís & Month-Arrieta, en las cuales eran mayormente viudos.

Por otro lado, las relaciones sociales presentaron puntajes superiores en la mayor parte de los evaluados, sin importar cuál era su situación general social o nutricional. El porcentaje de quienes no tenían relaciones sociales es muy parecido al que Fuentes & García arribaron. Pero no concuerda con que quienes tuvieron el peor diagnóstico social presentaban los peores puntajes en esta.

En tanto el apoyo que perciben de la red social, es óptimo en el caso de quienes tenían una situación social estable, mientras que el resto apuntó a que su red social depende totalmente del geriátrico en el que residen. Por otra parte, no es posible establecer una correlación clara con el estado nutricional.

En líneas generales aquellos que presentaron un puntaje problemático (elevado), se debe a que tuvieron muchas respuestas con puntajes de ese tipo. Por lo que se considera que son las áreas más problemáticas. Esto, a su vez, demuestra la

Bur, Rocío Luján.

necesidad de evaluar cada categoría de forma aislada y no sólo a través del puntaje total, para poder entender cuál es el más problemático.

CONCLUSIONES.

Existe relación entre el estado nutricional y los factores sociales que rodean a la persona. Cuantos más componentes sociales se encuentren afectados peor será la situación social y peor será su estado nutricional.

Se encontró que la mayor parte de la muestra presentaba malnutrición o riesgo de la misma. Es por esto que es importante detectar a aquellos que se encuentran en riesgo para evitar que se prosiga hacia el peor diagnóstico.

En ambos cuestionarios es importante no limitarse al resultado final de estos, sino que hay que enfocarse que causa los estados de cada uno de los elementos que las componen. Es importante ir más allá y descubrir que causa cada uno de las problemáticas presentes.

La mejor forma de lograr un diagnóstico preciso es contar con datos otorgados no solo por el paciente sino también por su cuidador y/o personal médico que trabaje con la salud de este. Debido a que si se evalúa a través de aspectos subjetivos podemos alejarnos de la realidad que demuestran los datos médicos.

Realizar ambas series de preguntas cada tres meses puede evitar o prevenir problemáticas, además de aportar una potencial línea de acción ante las adversidades. Esto nos permite detectar y tratar las situaciones problemáticas antes de que empeoren.

En cuanto a la evaluación del estado nutricional en cualquier población es importante no limitarse sólo a la utilización del peso, talla e IMC, sino que se deben tener en cuenta los factores asociados a estos para entenderlos.

Bur, Rocío Luján.

De los factores sociales, el económico es uno de los que mayor efecto tienen sobre la persona. A menor ingreso peor será la situación social general y peor será el estado nutricional.

RECOMENDACIONES.

El uso de una muestra de mayor tamaño podría ayudar a tener conclusiones más consistentes. Por otra parte, se podría incluir la población no institucionalizada como la hospitalizada de la ciudad, con el fin de comparar estas.

Llevarla a cabo durante un período en el que no haya pandemia podría ayudar a que los adultos mayores accedan con mayor facilidad a responder los cuestionarios. Además, esto podría mejorar tanto la percepción de su estado nutricional como social, presentando un mejor panorama para esta población.

Como recomendación para el hogar, creo necesaria la participación de los residentes en la estipulación de las actividades que se realicen, debido a que esto podría aumentar la participación y entusiasmo de ellos.

Así mismo llevar a cabo actividades para fortalecer las relaciones entre los moradores podría lograr que el ambiente sea más ameno para el personal y ellos mismos.

Otras instituciones podrían realizar acuerdos para hacer trabajos en conjunto, lo que sería fructífero para todos.

En cuanto a la Universidad de Concepción del Uruguay podría aumentar las visitas de los estudiantes, ya que esto los anima. Además, esto ayuda a que nosotros, los estudiantes, tengamos más experiencias y conocimientos sobre esta población.

Como estudiantes de la licenciatura en nutrición no debemos dejar de investigar sobre esta población, ya que hay poca información en lo que refiere a este aspecto de su vida. A nivel local la información que se encuentra disponible es insuficiente para conocer la realidad actual de esta población.

Bur, Rocío Luján.

Es una etapa de la vida en la que hay que concentrarse en mejorar la calidad de la misma, por lo que la alimentación es fundamental. Como nutricionistas creo que es una de las áreas en las que mayor trabajo podemos encontrar.

La visita a lugares como estos, por parte de la comunidad en general, es importante para acercarnos a una generación que se considera a sí misma como olvidada. Son una fuente inagotable de experiencias y conocimientos que no se encuentran en los libros.

BIBLIOGRAFÍA.

ALVARADO GARCÍA Y SALAZAR MAYA. (2014) *“Análisis del concepto de envejecimiento”*. Publicado en la revista Gerokomo, volumen 25. Número 2. P.p: 57-62. España

ANSES (2020). *Resolución 76/2020*. Buenos Aires.

BAGUÉ, C Y COLABORADORES. (2015) *“Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles”*. Argentina.

BALLEJOS, MARINA. (2014). *Estado nutricional e influencia de factores de riesgo de desnutrición, en una población de ancianos, institucionalizados y ambulatorios, de la ciudad de Santa Fe, en el año 2014*. Publicado en Universidad Nacional del Litoral (<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/handle/11185/1318>). Argentina.

BECERRA-MARTÍNEZ, D.; GODOY-SIERRA, Z.; PÉREZ-RÍOS, N. Y MORENO-GÓMEZ, M. (2007) *Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo*. México. Publicado en Revista de Enfermería Institucional Mexicana de Seguro Social. Obtenido en 5/10/2019 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim071f.pdf>

CAMARA DE SENADORES Y DIPUTADOS (1994) *Ley 24301: Del ejercicio profesional del licenciado en nutrición*. Capital Federal, Argentina. Recuperado de: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/4656.pdf>

CASTAÑEDA, C., ACUÑA, A, HERREA, A., MARTÍNEZ, R & CASTILLO, I. (2017). *Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del estado mexicano de Zacatecas*. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. Volumen 28,

Bur, Rocío Luján.

número 1. Cuba. Recuperado el 22/5/2020 de
<http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/524/562>

COLETTE AGUERRE, LEANDRO BOUFFARD. (2008) *Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas*. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Volumen 22. Colombia.

DE GIROLAMI, D. Y GONZÁLEZ INFANTINO, C. (2014) “*Capítulo 9: Adultez Mayor y Ancianidad*”. En *Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina.

ENGELMANN, O; DE TORRES, A; GUASTAVINO, P Y KUNATH, S. (2007) *Ley 9823 de la provincia de Entre Ríos. “Reglamentación de prestaciones y servicios gerontológico y geriátricos de la Provincia de Entre Ríos”*. Publicado en www.legisalud.gov.ar. Argentina. Recuperado de: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16577&word=>

FUENTES-GARCÍA, M Y GARCÍA-GARRO, A. (2003) *Causas sociales que originan el sentimiento de abandono del adulto mayor*. México. Publicado en la Revista del Hospital General “La Quebrada”. Volumen 2, n°1. Pp: 25-29. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quebra/lq-2003/lq031g.pdf>

GALLAY, O. (2009). *El Hospitalito*. Gráfica Mitre. Concepción del Uruguay.

GARCÍA PULGARÍN, L Y GARCÍA ORTIZ, L (2005) *El adulto mayor maduro: condiciones actuales de vida*. Publicado en Revista Médica de Risaralda, volumen 11, número 2. Colombia.

Bur, Rocío Luján.

GONZÁLEZ ZAVALA, M.A. Y SOSA DOMÍNGUEZ, G. (2010). *Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mexicanos*. Publicado en *Psicogeriatría*. Viguera Editores. México. P: 41.

GUERRERO RIVERA, O. (2015). *Antropometría. Método ISAK*. Publicado en SlideShare. Recuperado en <https://es.slideshare.net/GuerreroO/antropometra-mtodo-isak> el día 4 de febrero de 2020.

IBARZO MONREAL, A; SUÑER SOLER, R; MARTÍ COTANDA, A; PARRILLA NOVO, P. (2015) *Manual de alimentación del paciente neurológico*. Publicado por la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. España. P/p: 4-6.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO (2012) *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010. Censo del Bicentenario. Resultados definitivos, Serie B N°2*. Buenos Aires, Argentina. P/p: 9-12 y 69-76.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO (2012) *Encuesta Nacional Sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores*. Serie Estudios INDEC n°46. Argentina.

JAUREGUI, J Y MANZOTTI, M. (2017) *Guía de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría para el manejo de personas mayores malnutridas en la comunidad*. Publicado en la Revista Argentina de Gerontología y Geriatría. Volumen 31. P/p: 90-95. Argentina.

LÓPEZ, L Y SUÁREZ, M. (2016) "Fundamentos de nutrición normal", capítulo 16: *Nutrición en los adultos mayores*. P/p: 376-386. Argentina.

LOSADA, A Y ALVAREZ-STRAUCH, M. (2012) *Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*. Buenos Aire, Argentina.

Bur, Rocío Luján.

Publicado en Neurama, revista electrónica de psicogerontología. Vol 1, nº1. P/p: 48-62.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T; DÍAZ-VEIGA, P; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P; SANCHO CASTIELLO, M (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12. Fecha de publicación: 30/07/2015.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2018) *Guías alimentarias para la población argentina*. Argentina. Página 26.

- - - .(2015) *Tercera Encuesta de Factores de Riesgo para enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires, Argentina.

- - - .(2020). *Recomendaciones para la población en el contexto de pandemia de Covid 19*. Argentina. Publicado y recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/poblacion/mayores> (Consultado el 23/9/2020).

MONTEJANO LOZOYA, R Y COLABORADORES. *Estudio del riesgo nutricional en adultos autónomos no institucionalizados*. (2013) Publicado en revista Nutrición Hospitalaria. España. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001100021

ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS. (2015) *Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos de las Personas Mayores*. Ratificada en Argentina en el año 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2017) *La salud mental y los adultos mayores*. Suiza. Publicado en www.who.int, Notas descriptivas. Recuperado de

Bur, Rocío Luján.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>. Consultado el 26/8/2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018) *Malnutrición*. Suiza. Publicado en www.who.int/es/. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>. Consultado el 21/8/2019.

ORTIZ-ANDRELLUCCHI, A. (2007) *Nutrición e inmunidad*. Publicado en Revista Sociedad Médica Quirúrgica, nº 38. España. Pp: 12-18

PINAZO-HERNANDIS, S. Y BELLEGARDE-NUNES, M. (2018) *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº5. España. Editorial: Fundación Pilares. Recuperado el 5/10/2019, en: <https://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf>

PRESIDENCIA ARGENTINA (2020), *Decreto 576/2020 "Prórroga Distanciamiento Social, preventivo y obligatorio"*. Argentina. Publicado y recuperado en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/231291/20200629>. (Consultado el 23/9/2020).

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Definición de brazo*. Obtenido de <https://www.dle.rae.es/brazo?m=form>.

- - - *Definición de circunferencia*. Obtenido de <https://www.dle.rae.es/circunferencia?m=form>

- - - *Definición de edad*. Obtenido de <https://dle.rae.es/edad?m=form>

- - - *Definición de pantorrilla*. Obtenido de <https://dle.rae.es/?w=pantorrilla>

Bur, Rocío Luján.

- - - .*Definición de peso*. Obtenido de <http://www.dle.rae.es/peso>.

- - - .*Definición de sexualidad*. Obtenido de <https://dle.rae.es/sexualidad?m=form>

- - - .*Definición de talla*. Obtenido de <http://www.dle.rae.es/?w=talla>

REAL FORTUNY, TÁNIA (2008). *Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados*. Publicado en *Informaciones Psiquiátricas*. Segundo trimestre. Número 192. España.

REDONDO, N; MASSA, C; BELLIARD, M; WILILIAMS, I; JAROSLAVSKY, C. (2014). “*Esperanza de vida saludable en Argentina 2010*”. Argentina.

RODRÍGUEZ-RISCART, M.; LA ROSA MUSTELIER, M. Y REYES-GONZÁLEZ, M. (2006). *Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado*. Publicado en *Revista Cubana de Enfermería*. Cuba. Recuperado el 5/10/2019 de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n1/enf04106.pdf>

ROMERO AYUSO, DULCE MARÍA (2007). *Actividades de la vida diaria*. Publicado en Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. España. Recuperado el 30/05/2020 de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/22291>

SPACCESI, ALICIA NOEMÍ. (2014) Capítulo 2: “*Nutrición en la tercera edad*” en *Nutrición Clínica y Dietoterápica*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.

TORRESANI, M Y SOMOZA, M. (2016) *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Capítulo1: Proceso del cuidado nutricional. Editorial Eudeba. Argentina.

VILLARREAL-AMARÍS Y MONTH-ARRIETA. (2012) *Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)*. Colombia. Publicado por la Revista Salud Uninorte. Volumen

Bur, Rocío Luján.

28, n°1. Pp. 75-87. Recuperado en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>

XACUR-GARCÍA F; CASTILLO-QUAN, J; HERNÁNDEZ-ESCALANTE, V Y LAVIADA-MOLINA, H.,(2007) *Genómica nutricional: una aproximación de la interacción genoma-ambiente*. Publicado en Revista Médica Chile. Chile. p/p: 1460-1461.

ANEXO I.

Estadío	Inicial	Medio	Grave
Problemas frecuentes	<p>No suele haber desnutrición, pero sí aversión a la comida.</p> <p>Comen solos, pero afecta la pérdida de memoria.</p> <p>Por falta de atención no completan la toma de alimentos.</p>	<p>Dependencia parcial para la alimentación (en ocasiones incluso mastica y deglute mal).</p> <p>Rechazo a la comida.</p> <p>Disminuyen los sentidos.</p> <p>Disminuye la salivación.</p> <p>Puede presentarse disfagia a líquidos que puede progresar a sólidos.</p> <p>Disminuye la coordinación.</p> <p>⁽⁵⁾Agnosia.</p>	<p>Dependencia del cuidador para alimentarse.</p> <p>Trastornos de deglución, tanto en sólidos como líquidos, riesgo de aspiración de alimentos.</p> <p>Aparato digestivo enlentecido.</p> <p>Anorexia total o indiferencia a la alimentación.</p> <p>Dificultad de evacuación intestinal (estreñimiento)</p>

Tabla I. Problemas Frecuentes en Alzheimer. Fuente: Ibarzo Monreal, A; Suñer Soler, R; Martí Cotanda, A; Parrilla Novo, P; 2015; p/p: 4-6.

⁵- Agnosia: o reconocimiento de los elementos. En este caso de los alimentos.

Herramientas de detección de malnutrición o riesgo de malnutrición Mini Nutritional Assessment (MNA)				
CRIBAJE	A ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = sin anorexia			
	B Pérdida de peso en los últimos 3 meses 0 = pérdida de peso >3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso			
	C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio			
	D ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no			
	E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos			
	F Índice de masa corporal 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC <21 2 = 21 ≤ IMC <23 3 = IMC ≥23			
TOTAL = (Si el total es = 0 < 11 continúe con el cuestionario) Evaluación del cribaje(subtotal máx. 14 puntos) • 12-14 puntos = estado nutricional normal • 8-11 puntos = riesgo de malnutrición • 0-7 puntos = malnutrición				

EVALUACIÓN	G ¿Vive independiente en su domicilio? 0 = no 1 = sí			
	H ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no			
	I ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no			
	J ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas			
	K ¿Consume productos lácteos al menos una vez al día? ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? ¿Carne, pescado o aves diariamente? 0 = 0 ó 1 síes 0,5 = 2 síes 1 = 3 síes	Sí Sí Sí	No No No	
	L ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí			
	M ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? 0 = menos de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1 = más de 5 vasos			
	N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad			
	O ¿Considera que Ud. está bien nutrido? 0 = desnutrición grave 1 = no lo sabe o desnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición			
	P En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra su estado de salud? 0 = peor 0,5 = no lo sabe 1 = igual 2 = mejor			
	Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0 = CB <21 0,5 = 21 ≤ CB ≤22 1 = CB >22			
	R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP <31 1 = CP ≥31			
	Evaluación del estado nutricional: • De 24 a 30 puntos = estado nutricional normal • De 17 a 23.5 puntos = riesgo de malnutrición • Menos de 17 puntos = malnutrición			

Tabla II. Formulario de MNA. Fuente: Jauregui, J y Manzotti, M. Guía de las Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría para el manejo de personas mayores malnutridas en la comunidad. Argentina. 2017.

Valoración nutricional	Valor IMC
Desnutrición grave	<16
Desnutrición moderada	16-16,9

Desnutrición leve	17-18,4
Peso insuficiente	18,5-22
NORMAL	22-27
SP	27-29,9
OB I	30-34,9
OB II	35-39,9
OB III	40-49,9
OB extrema	>0= 50

Tabla III. Clasificación según IMC. Fuente: Spaccesi, A. Nutrición en la tercera edad. Argentina. 2014.

Proteínas	1g/Kg de Peso Total (PT). 12-14% del VCT (50% de Alto valor biológico).
Lípidos	30% del VCT (10-15% ácidos grasos monoinsaturados; 10% ácidos grasos poliinsaturados; 10% ácidos grasos saturados). Relación $\Omega 6/\Omega 3$: 5/1. Colesterol: 300 mg/día.
Glúcidos	50-60% del VCT. 15% azúcares simples – 25g fibras.
Agua	1 mL/kcal o 30-35 mL/Kg PT- 1 ½ a 2 litros Por cada grado aumentado sobre los 36°: aumentar 300-500 mL/líquidos.

Tabla IIII. Recomendación de macronutrientes y agua para el adulto mayor. Fuente: Spaccesi, A. Nutrición en la tercera edad. Argentina. 2014.

Nutrientes	Hombre	Mujer
Vitamina A (μg RE)	900	700
Vitamina D (μg)	10-15	10-15
Vitamina E (mg)	15	15
Vitamina K (μg)	120	90

Vitamina C (mg)	90	75
Tiamina (mg)	1,2	1,1
Riboflavina (mg)	1,3	1,1
Piridoxina (mg)	1,7	1,5
Niacina (mg)	16	14
Vitamina B12 (µg)	2,4	2,4
Folatos (µg)	400	400
Yodo (µg)	150	150
Hierro (mg)	8	8
Zinc (mg)	11	8
Selenio (µg)	70	55
Calcio (mg)	1200	1200
Fósforo (mg)	700	700
Magnesio (mg)	420	320
Flúor (mg)	4	3

Tabla V. Ingesta diaria recomendada para adultos mayores de 51 años. Fuente: López, L y Suárez, M. Fundamentos de nutrición normal. Página 384. Argentina. 2016.

Margarita Murgieri <margaritamurgieri@gmail.com>
para mí ▾

📧 jue., 29 ago. 2019 12:12 ☆ ↶ ⋮

Estimada Rocío: Te envío algunos datos para que sigas investigando. El término geriátrico como tal no es lo que se prefiere actualmente dado que tiene una connotación negativa y discriminatoria. Las Residencias de personas mayores o de mayores o de adultos mayores, como se prefiere llamarlas son términos más adecuados.

La Institucionalización (proceso de ingresar a una Residencia) ha cambiado en el mundo desde un modelo asilar, a uno hospitalario, a un modelo institucional , a uno que actualmente está tratando de instalarse tipo hogar y tipo convivencial desde un modelo llamado de Atención centrada en la persona.

En la Ley 5670 de CABA habla genéricamente de "Establecimientos" para englobar Residencias y Hogares de día. (ver)

Podés buscar material de Teresa Martínez y de Pilar Rodríguez.

Te envío algo más
Saludos

Ilustración 1. Correo recibido por la tesista de Margarita Murgieri. 29 de agosto de 2019.

Bur, Rocío Luján.



Ilustración 2. Ubicación del Hogar Geriátrico “Nuestra Señora del Huerto”. Fuente: Google Maps.



Ilustración 3. Frente del Hogar Geriátrico “Nuestra Señora del Huerto”. Fuente: Revista La Ciudad, punto de encuentro. Recuperado en: <https://laciudadrevista.com/el-concejo-deliberante-con-la-mirada-en-las-personas-mayores/>

Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

Confirmando que la tesista me ha explicado en detalle en que consta el cuestionario y las mediciones que me realizarán. Al mismo tiempo me aseguró que los datos que obtendrá se utilizarán sin considerar la identidad de quién responde.

Por medio de la presente autorizo a la estudiante de la Universidad de Concepción del Uruguay, Bur Rocío Luján, a realizarme la encuesta mediante la cual obtendrá los datos necesarios para la realización de su tesina para la obtención del Título de Grado de Licenciatura en Nutrición, que se titula "Relación entre el estado nutricional y los factores sociales en adultos mayores de 65 años que residen en el hogar geriátrico municipal Nuestra Señora del Huerto de la ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes de Julio de 2020"

Dejo constancia, así mismo, que apruebo a la misma a pesarme, medirme la talla, circunferencia de brazo y de pantorrilla.

Firma del Paciente

Nombre y apellido: _____ DNI: _____

Ilustración 4. Consentimiento informado de creación propia.

Cuestionario.

Fecha de nacimiento: _____ Género: F M
Edad: _____

Estado civil: _____ Peso Actual (Kg): _____ Talla (m): _____

➤ Marcar con una cruz (X) la opción que sienta que más se ajusta a su realidad.

Pregunta	Opciones de respuesta
¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultad de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	Anorexia grave. Anorexia moderada. Sin anorexia
Pérdida de peso en los últimos 3 meses	Más de 3kg No lo sabe Entre 1 y 3kg No ha habido pérdida de peso
Movilidad	De la cama al sillón Autonomía en el interior Sale del hogar
¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	Sí No
Problemas neuropsicológicos	Demencia o depresión grave Demencia o depresión moderada. Sin problemas psicológicos
Índice de masa corporal	IMC < 19 19 ≤ IMC < 21 21 ≤ IMC < 23

	IMC ≥ 23
TOTAL: (Si es menor a 11 continuar con el cuestionario)	
¿Realiza las actividades de la vida diaria de forma independiente?	No Sí
¿Toma más de 3 medicamentos al día?	Si No
¿Úlcera o lesión cutánea?	Sí No
¿Cuántas comidas realiza al día?	Más de 4 comidas Entre 2 y 4 comidas 1 comida
¿Consume productos lácteos al menos 1 vez al día?	Sí No
¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?	Sí No
¿Carne, pescado o aves diariamente?	0 o 1
Según la cantidad de Síes que marco:	2 3
¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	No Sí
¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?	Menos de 3 vasos de 3 a 5 vasos Más de 5
Forma de alimentarse	Necesita ayuda Se alimenta solo con dificultad Se alimenta solo sin dificultad
¿Considera que Ud. Está bien nutrido?	Desnutrición grave No lo sabe o desnutrición moderada Sin problemas de nutrición
En comparación con las personas de su edad ¿Cómo encuentra su estado de salud?	Peor No lo sabe Igual Mejor
Circunferencia braquial (en cm)	<21 entre 21 y 22 de 22
Circunferencia de pantorrilla (en cm)	<31 ≥ 31

Evaluación de la situación Socio-Familiar:

SITUACIÓN FAMILIAR	
Tiene familia (cerca o lejos) y es independiente de esta	1
No tiene familia o esta vive lejos y es independiente	2
Tiene cierta dependencia familiar	3
Tiene familia y depende de ella	4
No tiene familia o esta vive lejos y presente dependencia.	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1,5 veces la jubilación mínima (a la fecha de realización).	1
Desde 1,5 veces la jubilación mínima hasta la jubilación mínima exclusive.	2
Desde la jubilación mínima a pensión universal por adulto mayor (a la fecha de realización).	3

Bur, Rocío Luján.

Menos que la pensión o recibe alguna ayuda estatal.	4
Sin ingresos o inferiores a los apartados anteriores.	5
HOGAR	
Conforme con la distribución edilicia, condiciones del edificio, personal y actividades.	1
Conforme con 3 de los aspectos anteriores.	2
Conforme con 2 de los aspectos anteriores.	3
Conforme con 1 de los aspectos anteriores.	4
Inconforme.	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del hogar, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social y ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Cuestionario para la población de estudio formado adaptación de encuesta MNA,

escala de valoración sociofamiliar de Gijón y preguntas cerradas.