

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.4 HIPÓTESIS.....	15
1.5 JUSTIFICACIÓN	16
1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	17
CAPÍTULO II	18
2. MARCO DE REFERENCIA	18
2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO FILOSÓFICO	18
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.3 MARCO TEÓRICO.....	22
2.3.1 ADULTO MAYOR	22
2.3.1.1 ENVEJECIMIENTO.....	23
2.3.1.2 ADULTO MAYOR Y DESNUTRICIÓN.....	23
2.3.2 LA MALNUTRICIÓN	24
2.3.2.1 CAUSAS DE MALNUTRICIÓN	24
2.3.3 CAMBIOS FÍSICOS	26
2.3.3.1 DEPRIVACIÓN SENSORIAL	27
2.3.3.2 MODIFICACIONES OCULARES	28
2.3.3.2.1 VISIÓN.....	28
2.3.3.3 ALTERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN EL ANCIANO	28
2.3.3.4 AUDICIÓN.....	29
2.3.3.5 ALTERACIONES DEL GUSTO Y OLFATO	29
2.3.3.5.1 GUSTO Y OLFATO	29
2.3.3.6 ALTERACIONES DEL TACTO	30
2.3.3.6.1 TACTO	30
2.3.4 EL CAMBIO EN LA TERCERA EDAD Y ALGUNAS DE SUS CARACTERÍSTICAS	31

2.3.4.1 ENFERMEDADES FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR	31
2.3.4.2.1 DIABETES	32
2.3.4.2.2 DESNUTRICIÓN	32
2.3.4.2.3 PROBLEMAS AUDITIVOS Y VISUALES	32
2.3.4.2.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	33
2.3.5 CAMBIOS PSICOLÓGICOS	33
2.3.6 LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR	35
2.3.6.1 PLATO DEL BIEN COMER	35
2.3.6.2 RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA:	36
2.3.6.3 RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NUTRICION DEL ADULTO MAYOR	38
2.3.7 LA EDUCACION EN EL ADULTO MAYOR	40
2.3.8 EL APOYO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR	41
2.3.8.1 LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA UNA MEJOR VEJEZ	42
2.3.8.2 LA FAMILIA COMO BASE	42
2.3.8.3 PLANIFICAR UNA VEJEZ ACOMPAÑADA	42
2.3.9 SALUD MENTAL	43
2.3.9.1 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR	43
2.3.9.2 ESTRÉS EN EL ADULTO MAYOR	45
2.4 MARCO CONCEPTUAL	46
CAPÍTULO III	53
3. DISEÑO METODOLÓGICO	53
3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN	54
3.1.1 INVESTIGACIÓN PURA	54
3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA	54
3.2 TIPOS DE ESTUDIO	55
3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL	55
3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO	55
3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO	56
3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO	56
3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN	56
3.3.1 INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	57
3.3.2 INVESTIGACION DE CAMPO	57
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	58
3.4.1 INVESTIGACION EXPERIMENTAL	58

3.4.2 INVESTIGACION NO EXPERIMENTAL	58
3.4.2.1 INVESTIGACION TRANSVERSAL	59
3.4.2.2 INVESTIGACION LONGITUDINAL	59
3.5 ENFOQUES	60
3.5.1 ENFOQUE CUALITATIVO	60
3.5.2 ENFOQUE CUANTITATIVO	60
3.5.3 ENFOQUE MIXTO	61
3.6 UNIVERSO O POBLACIÓN	61
3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	62
3.7 MUESTRA	62
3.7.1 TIPOS DE MUESTREO	63
3.7.1.1 PROBABILISTICO	63
3.7.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE	63
3.7.1.1.2 ESTRATIFICADO	64
3.7.1.1.3 SISTEMÁTICO	64
3.7.1.1.4 POR CONGLOMERADO	64
3.7.1.2 NO PROBABILISTICO	65
3.7.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA	65
3.7.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS	65
3.7.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE	65
3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
3.8.1 OBSERVACIÓN	66
3.8.2 ENCUESTA	66
3.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
3.9.1 CUESTIONARIO	68
CAPÍTULO IV	75
4. RESULTADOS	75
4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO	75
4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	76
I DATOS PERSONALES	76
II DATOS FAMILIARES	82
III DATOS ECONÓMICOS	90
IV HÁBITOS ALIMENTICIOS	97
V SALUD	115

VI AUTOESTIMA.....	127
VII EDUCACIÓN.....	135
SUGERENCIAS Y PROPUESTAS.....	139
SUGERENCIA.....	139
PROPUESTAS	139
CONCLUSIÓN.....	140
BIBLIOGRAFÍA.....	142
ANEXOS	148

INTRODUCCIÓN

(Gualber, y otros, 2013) señalan:

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios que repercuten directamente sobre el estado nutricional de la población adulta mayor, que la hace vulnerable con un riesgo elevado de sufrir deficiencias nutricionales. La pérdida del gusto u olfato, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, trastornos neurodegenerativos, enfermedades como el cáncer o cambios en la composición corporal, se consideran factores de riesgo. (p.1)

(Mercé, 2002) señala:

El envejecimiento es un proceso en el que influyen diferentes factores. Consideraremos factores influyentes los cambios biológicos, psicológicos y sociales (modificables). Hay que tener en cuenta, sin embargo, que a menudo es difícil diferenciar entre los cambios aparecidos en el transcurso del envejecimiento y los que surgen a lo largo de enfermedades crónicas. (p.5)

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El subdirector general de asistencia e integración social del DIF, señala que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzará a partir del 2020. (p.1)

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75-90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se conocen como grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor

de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.
(p.1)

(García, Álvarez, & Man, 2012) señalan:

Los ancianos tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo y aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de la vida. Continuamente nos olvidamos precisamente de eso, que es otra etapa de la vida, así es que debemos vivirla y respetarla como tal.

La presente tesis tiene como objetivo general identificar los factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años.

A continuación el proyecto de tesis se presenta en cuatro capítulos, los cuales en el primer capítulo se describe el problema a nivel macro, micro y meso, luego se hacen las preguntas de la investigación, por consiguiente el objetivo general y los objetivos específicos, después planteamos nuestra hipótesis acerca del tema, posteriormente realizamos la justificación del tema y como último la delimitación del estudio.

El capítulo dos tenemos el marco de referencia el cual está conformado por cuatro puntos de los cuales son: el marco antropológico filosófico, antecedentes de la investigación, marco teórico y marco conceptual.

Nuestro capítulo tres es el diseño metodológico en el cual hicimos uso de la investigación aplicada, es de tipos de estudio: descriptivo, explicativo y correlacional. Así también es de los siguientes tipos de investigación; de tipo documental y de campo. El diseño de la investigación es de tipo no experimental y de corte transversal. Los enfoques en el tema de investigación es mixta porque es cualitativo como cuantitativo, establecimos la población y muestra, se eligió el tipo de muestreo que es no probabilístico

accidental o bola de nieve, contiene nuestra técnica o instrumentos de recolección de tatos, incluye nuestra guía de observación y por último se le agrega también el cuestionario para nuestra investigación.

El capítulo cuatro incluye los resultados de la investigación, con tablas y gráficas con su respectiva interpretación y análisis.

Para terminar incluimos las sugerencias y propuestas del tema planteado, la conclusión, bibliografías con forme a los capítulos y los anexos.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN DEL ADULTO MAYOR DE 60-75 AÑOS

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El tema de factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años resulta necesario estudiarlo desde diferentes contextos: macro, micro y meso.

(Garcia, Reyes , & Tabares , 2017) señalan:

En la mayoría de los países, la población de edad mayor de 60 años se está incrementando más rápido que cualquier otro grupo; este aspecto, generado por el aumento de la esperanza de vida y por el descenso de la tasa de fecundidad así como por los avances en la atención médica, impone un reto para la sociedad y los sistemas de salud, ya que es en este período del ciclo de la vida cuando se presentan, en mayor medida, las enfermedades crónicas, causadas por el propio deterioro funcional y por las interacciones propias de la adolescencia. (p.200)

(Bernal, Vizmanos, & Rosa, 2008) afirman:

En el envejecimiento la persona atraviesa cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes que pueden hacer que la dinámica cotidiana del adulto se altere, también aumenta la prevalencia de problemas ligados al estado nutricional, que van desde la desnutrición hasta el sobrepeso y la obesidad. (p.44)

Los ancianos son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, pero esto no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. (p.55)

(Garcia, Reyes , & Tabares , 2017) mencionan:

Esto es preocupante, ya que la nutrición es un factor de riesgo para la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas e incapacitantes. Debido a lo anterior, el envejecimiento demográfico puede significar para los adultos mayores una disminución en su calidad de vida por el aumento de problemas relacionados con su salud, discapacidad y problemas nutrimentales, lo que a su vez, implica un aumento en los costos por parte de los sistema de salud y por parte de los ancianos. Desgraciadamente, los sistemas de salud en el mundo difícilmente podrán solventar estos gastos debido a que la mayoría ha entrado en una situación crítica cuyo futuro es incierto.

La nutrición es esencial para mantener el estado funcional y la calidad de vida en los adultos mayores, sin embargo, representan el grupo con mayor riesgo de ingesta dietética inadecuada, debido a los cambios propios del envejecimiento a nivel fisiológico o psicosocial, así como el enfrentarse a enfermedades crónicas que pueden producir una modificación de conductas alimentarias, que influyen en la desnutrición u obesidad.

La desnutrición se define como la condición patológica resultante de una dieta insuficiente o mala asimilación de los alimentos, relacionada con pérdida de peso y masa muscular, disminución de la fuerza e inmunodeficiencia. A menudo es subestimada, pero su importancia es fundamental, ya que incrementa la morbilidad, la mortalidad, reingresos o mayor duración de la estancia hospitalaria y de los costos de la atención en salud.

Factores sociales como la pobreza, la soledad, los bajos niveles de educación pueden afectar la disponibilidad de alimentos y, posteriormente, el estado nutricional; algunas condiciones médicas como diarrea, transpiración excesiva, hemorragia, insuficiencia renal e infección también pueden contribuir. Dentro de los cuadros de desnutrición en el adulto mayor, la deficiencia de micronutrientes como calcio, vitamina D, vitamina B12 y folato puede inducir a una disminución de reacción del sistema inmune y provocar un peligro para la vida, por estas razones, la valoración nutricional eficaz es la herramienta principal que debe utilizar enfermería para la identificación de los ancianos en riesgo de desnutrición, lo que daría el primer paso para prevenir o restaurar el estado nutricional y devolver la calidad de vida. (p.202-203-205)

(Lorenzo, Mateos, & Álvarez, 2012) indican:

El adulto mayor, durante su proceso de envejecimiento que se caracteriza por ser normal, irreversible y progresivo, desarrolla cambios tanto biológicos y sociales que repercuten en el estado emocional, físico y nutricional del adulto mayor. “Según la European Nutrition Health Alliance (ENHA) en Europa hay 20 millones de personas que sufren desnutrición. Este es un problema universal, como ya reconoció el Consejo de Europa en su resolución ResAP (2003) sobre alimentación y cuidados nutricionales en los hospitales”. Por esa razón nuestra labor como enfermeros es cuidar de nuestros adultos mayores, evitar complicaciones a futuro y ayudarlos en su momento. (p.1060)

(Escobedo, Encarnación , & Zabala Palacios, 2016) señalan:

La salud mental y emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de vida, la depresión es una de las más frecuentes manifestaciones presentadas en población adulta mayor, esta

condición favorece la presencia de alteraciones como la ansiedad, el estrés, entre otros que influyen directamente sobre el estado de salud. “Según el informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre del 2015, entre el periodo 2000 y 2050 se duplicará la población de ancianos mayores de 60 años, pasando del 11% al 22% del mundo, en números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2 mil millones en el transcurso de medio siglo. Esta realidad, muestra la importancia de mejorar el estado de salud y nutrición de los adultos mayores con la finalidad de mantener una adecuada calidad de vida saludable e independiente para el bienestar propio. (p.10)

(Fernández & Domínguez, 2010) afirman:

Teniendo en cuenta que actualmente el 17% de la población española es mayor de 65 años, lo que suma un total de casi 17 millones de personas, y que existen estudios donde se asegura que aproximadamente el 10% de los ancianos españoles sufren malnutrición, podemos asegurar que nos encontramos ante un problema de gran envergadura e impacto social, además de ser el grupo de población con mayor prevalencia de desnutrición en los países desarrollados. Por lo tanto, es importante conocer el estado nutricional de los ancianos en España así como los factores que afectan al estado nutricional: físico, social y cultural del adulto mayor.

Consideramos que los factores psicosociales son de vital importancia en la alimentación del anciano y no se les da la importancia requerida. Algunos nutrientes son de influencia clave en el estado de ánimo, como pueden ser los hidratos de carbono, la vitamina B12, el ácido fólico, la tiamina y el hierro. Se cree que los efectos psicológicos de la malnutrición son el resultado de una combinación de déficit de estos elementos clave. (p.584)

(Pallás & Capó, 2002) sostienen:

Los efectos psicológicos de la malnutrición proteico-calórica (PEM) no se han explorado en la misma medida que los efectos físicos como pueden ser susceptibilidad a infecciones o aumento de la mortalidad. “De ahora al año 2020 las personas mayores de 65 años de edad deberán tener la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad”

Según la OMS así es como se considera que puede llegar a ser la población de edad adulta, como profesionales de la salud se tiene en cuenta que el prolongar la vida y la salud puede ser una excelente opción para los adultos mayores y familiares.

La prevalencia de malnutrición varía mucho según el nivel asistencial: 2% en anciano sano en residencia pública española, 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica hasta 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica. (p.4)

(Sarmiento & Del Rosario Bezares, 2013). Opinan:

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia, adolescencia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psicosocial que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional.

La desnutrición en el adulto mayor presenta más riesgo de padecer enfermedades que se relacionan debido a la falta de nutrientes en el organismo y la falta de atención por sus familias, la cual aunque no pareciera importante lo es, porque para ellos su familia se vuelve lo más importante.

Para el caso de México se ha visto incrementado la esperanza de vida en los últimos años, en 73 años para los varones y 77,9 años para las mujeres, de igual manera el mayor incremento de tasas de enfermedades crónicas degenerativas, es así que las Naciones Unidas en el año 2002 proyectó para el 2025 cifras de 1.200 millones de personas mayores de 60 años y que para 2050 ascenderá a 2.000 millones. (p.61)

(López & Gabriel Hilerio, 2009) Señalan:

En México, entre 1950 y 2020 la población mayor de 60 años de edad habrá pasado de 2 a 15 millones. Con el cambio demográfico viene la modificación del perfil epidemiológico. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en nuestro país somos 104, 214,746 al 1 de enero de 2006.

La proporción de adultos mayores de 60 años de edad y más (AM) de la población mexicana ha aumentado durante las últimas décadas (envejecimiento poblacional). Las condiciones de vida y de salud de este segmento son afectadas por las dependencias social y económica. (p.8)

La Escuela Nacional de Salud (2012) sostiene:

Dado que el envejecimiento poblacional es un fenómeno reciente, el fundamento científico sobre este proceso es limitado, así como sobre la prevalencia del envejecimiento patológico y el papel de la mala nutrición en su génesis. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT

2012) es la primera realizada en una muestra representativa del ámbito nacional de AM en México.

En este informe se presentan los resultados más relevantes para la construcción de una política pública que promueva mejor nutrición y calidad de vida del AM.

El incremento de la población de edad avanzada, generado entre otros aspectos por avances en la atención médica, representa un reto para los sistemas de salud, por la relación que tiene el envejecimiento con el deterioro de la salud y la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Los factores fisiológicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento afectan la ingesta de alimentos, aspecto vital en la salud nutricional del adulto mayor, lo que aumenta la exposición a padecer desnutrición u obesidad. (p.1)

(Garcia, Reyes , & Tabares , 2017) manifiestan:

El disfrute de los alimentos se ve afectado por la disminución en el sentido del olfato y el gusto, el bulbo olfatorio disminuye su eficacia al igual que las papilas gustativas, lo que reduce el deseo de comer. Los hábitos alimentarios pueden cambiar debido a la dificultad para masticar a causa de la pérdida de piezas dentales o el mal estado de las mismas, por lo que se eligen alimentos fáciles de masticar y se resta importancia al valor nutricional. (p.202)

(Anonimo, 2008) señala:

En México, la distribución de edad de la población tenía en 1970 forma piramidal, es decir, una base amplia y una cúspide angosta y 50% de la población era menor de 15 años. En el año 2000 se observa una pirámide abultada en el centro que refleja un aumento de las personas en edades medias y una disminución de la proporción de los menores de cinco años. En el año 2050 se prevé una mayor proporción de población senecta debido a la disminución de las tasas de natalidad y un aumento de la esperanza de vida. Si bien el envejecimiento de la población se presenta en todo el mundo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio.

El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida. (p.3)

(Sarmiento, León, Coello, & Pascacio, 2017) afirman:

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Los adultos mayores presentan más riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la mala nutrición, sobre todo las mujeres, situación que se agrava al considerar que la población senecta a nivel mundial va en aumento, por lo que es importante planificar y prepararse para afrontar la situación de morbilidad de este grupo de individuos.

En Chiapas se realizó un estudio longitudinal, descriptivo, aplicado en una población de 365 individuos mayores de 60 años de edad (180 mujeres/185 hombres), de cinco localidades rurales de la zona centro del estado (Chiapilla, San Lucas, Ocuilapa, Vicente Guerrero y Tiltepec),

correspondiente a cuatro municipios; de vida libre, sin discapacidad mental, con actitud colaborativa; a estas personas se les consideró mediciones antropométricas. Se encontró que a partir de los 60 años, la productividad de las personas disminuye, por lo tanto también lo hace su ingreso, su participación en la economía y por ende, su nivel de vida. En Chiapas según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) habitan alrededor de 345 mil 481 personas de la tercera edad que se enfrentan esta situación, lo que representa el 7.2 por ciento de la población total; de estas, cerca de 81 mil 336 son indígenas, es decir, el 23.5 por ciento. (p.60)

(Marina, 2019) indica:

Chiapas es el estado más pobre del país, de acuerdo con las cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la situación se torna aún más difícil porque encima que cerca de 3.8 millones de chiapanecos se encuentran en situación de pobreza multidimensional, un gran porcentaje de ellos ni siquiera cuenta con ofertas de trabajo y es que, a mayor edad, la participación económica se reduce y ante la falta de aprovechamiento de la experiencia de este sector poblacional, la fluidez económica se complica en la entidad. (pp.2 y 3)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que causan la desnutrición del adulto mayor?

¿Cómo influye el apoyo familiar en la desnutrición del adulto mayor?

¿Cuáles son las enfermedades que causan la desnutrición en el adulto mayor?

¿Cuál es la alimentación adecuada para una persona de la tercera edad?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✚ Identificar los factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60 a 75 años

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Analizar el apoyo familiar que se le brinda al adulto mayor
- ✚ Determinar las enfermedades que causan la desnutrición del adulto mayor
- ✚ Conocer el nivel de estudios del adulto mayor
- ✚ Describir la alimentación adecuada para la tercera edad

1.4 HIPÓTESIS

- ✚ El apoyo familiar, niveles de educación, economía, la depresión, el estrés, ciertas enfermedades como la gastritis, osteoporosis, pérdida de la dentadura, diabetes, hipertensión arterial, entre otros son factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60 a 75 años.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Este tema lo realizamos para hacer conciencia de que todos los seres humanos somos importantes y que el adulto mayor es uno de los más afectados en la desnutrición, es por ello que nos enfocamos en este tema y como promotores de la salud somos quienes llevamos conocimientos a la población, nuestro trabajo es la promoción y prevención de la salud.

Durante muchos años los adultos mayores han sido reprimidos, no los toman en cuenta y mucho menos les prestan la atención que ellos necesitan. Es importante llevar a cabo esta investigación porque nos da a conocer la importancia de los cuidados de una buena alimentación a los adultos mayores de 60 a 75 años, puesto que esos cuidados no serán los mismos a los de una persona de 40 años de edad.

Es esa la razón por la cual nos enfocamos a los factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60 años a 75 años, los cuales son diversos desde cambios físicos, psicológicos, sociales. Dentro de todos esos cambios también están los factores internos que serían; el déficit de absorción de nutrientes, sistema inmune deprimido, osteoporosis, ácido úrico, la diabetes e incluso el cáncer.

La alimentación, es un factor muy importante para la salud, puesto que así se tendrá un completo bienestar físico, mental y social; ya que los alimentos proporcionan muchos nutrientes, vitaminas y minerales, con los cuales se obtienen una nutrición equilibrada, además una alimentación adecuada ayuda a prevenir muchas enfermedades en el adulto mayor, debido a que por su edad experimentan cambios biológicos que afectan su salud y bienestar físico. Por ende una alimentación correcta y realizar ejercicio físico constante ayuda a reforzar el sistema inmunológico.

Como promotores de la salud nos preocupa el bienestar del adulto mayor y para crear conciencia en las familias. La familia es muy importante para el adulto mayor, es por ello que nosotros nos enfocamos a la importancia que tiene el tomar en cuenta a nuestros adultos mayores y brindarles la atención necesaria para una mejor salud y que el adulto mayor goce de un mejor estilo de vida.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La siguiente investigación se centra en el tema de desnutrición del adulto mayor principalmente se quiere estudiar los factores de riesgo que conllevan a que los adultos mayores sufran desnutrición; el rango que se eligió es de 60 a 75 años debido a que es en esta edad donde surgen diferentes cambios: físicos, fisiológicos, emocionales y sociales en el adulto mayor.

El estudio se llevará a cabo en la colonia 24 de febrero, municipio de Frontera Comalapa, Chiapas.

CAPÍTULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO FILOSÓFICO

(Anónimo, 2013) señala:

Desde el principio de los tiempos, la humanidad ha crecido, en términos generales, en distintas etapas: Infancia, Niñez, Adolescencia, Juventud, Edad adulta y Senectud. Lo interesante es que la longevidad, se ha convertido en nuestro siglo, en el destino de la mayoría, al menos en los países desarrollados. Vivir viejo está bien, pero lo importante es vivir plenamente disfrutando de esa etapa. El trabajo es una mirada histórica desde la lejana antigüedad hasta el presente, analizando los criterios en diferentes culturas, referidos a la magnífica legión de los viejos en aumento progresivo. (p.69)

(Bernal & De La Fuente, 2014) argumentan:

Desde tiempos inmemorables, el envejecimiento ha preocupado cada vez más a la humanidad, y a pesar de que cada vez conocemos más de este proceso, aún hoy en día, en pleno siglo XXI, es muy poco lo que sabemos. Siendo un proceso universal, con la trascendencia de concluir en la muerte, la ciencia no ha encontrado como frenar o evitar el envejecimiento. No obstante, en el devenir histórico con sus diferentes épocas, ciclos y guerras, se ha conseguido un incremento en la esperanza de vida, situándose ésta en torno a los 30 años, hasta que en el siglo XX se produjo el avance más espectacular, pasando a situarse en torno a los 80 años. Un valor que crece 2,5 años cada década, y que hallará su techo en breve, si la ciencia no lo remedia. Podemos afirmar por tanto, que hay muchas formas de envejecer, y que viviremos una media de 90 años. (p.123)

(Camargo, Campo & Martín, 2017) afirman:

Durante muchos siglos, los adultos mayores fueron una minoría de la población objeto de interés en los problemas de salud; sin embargo, es diferente en la actualidad, por su incremento, pero ante la inadecuada información, muchas personas creen que la vejez es una enfermedad.

Un hecho indiscutible es que las características específicas del adulto mayor conllevan una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida. La valoración geriátrica utilizando la Escala de actividades básicas de la vida diaria de Barthel y la Escala de valoración de autonomía funcional (mide la autonomía funcional para el autocuidado de las personas mayores) permite identificar tempranamente la condición de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor, para diseñar planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales. Los procesos de intervención fortalecen la capacidad de los adultos mayores para realizar sus actividades diarias de forma independiente: como vestirse, caminar, ir al baño, comer, entre otras.

La OMS (2008) “define adulto mayor a mujeres y varones que tienen una edad de 60 años en países en desarrollo y 65 años en países desarrollados. (p.136)

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2009) señala:

Los primeros informes sobre la situación nutricional de algunos grupos de población en México datan de finales del siglo XIX. En 1889 y 1896 se publicaron informes sobre la presencia de pelagra, una condición resultante de la deficiencia severa de una de las vitaminas del complejo B (niacina), y en 1908 se describió la presencia de una entidad patológica que en su

momento se conocía popularmente como “culebrilla” y que corresponde al cuadro que posteriormente se refirió en la literatura anglosajona como Kwashiorkor. Sin embargo, antes de la década de los cuarenta del siglo XX, no se tiene información acerca de la magnitud y distribución de la desnutrición a nivel poblacional en México. Antes de esa década, la comunidad interesada en el estudio de la nutrición laboraba principalmente en el ámbito clínico abocándose a la identificación y definición de la entidad patológica, que ahora conocemos como desnutrición. (p.118)

Medición y condiciones nutricias de la población mexicana de 1940 a 1988

Anderson R. K. y colaboradores llevaron a cabo un estudio, en el ámbito epidemiológico, entre 1943 y 1944, en el que se recolectó información sobre las condiciones de alimentación y nutrición de la población de cuatro comunidades del Valle del Mezquital de México. En dicho estudio se incluyó la realización de exámenes físicos para evaluar los signos y síntomas de enfermedad por deficiencias nutricias en general, así como la aplicación de encuestas dietéticas para evaluar la ingesta de energía, de macro y micro nutrimentos, y la obtención de muestras de sangre y mediciones antropométricas de toda la población residente en las comunidades.

Al final de la década, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ, antes Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”–INNSZ–) llevó a cabo los primeros estudios sistemáticos a nivel nacional sobre las características, magnitud y distribución de la desnutrición en México. De 1958 a 1962 se realizó la primera serie de 29 encuestas, de las cuales 21 se llevaron a cabo en comunidades rurales y 8 en zonas urbanas, semiurbanas y barrios populares del Distrito Federal. Aunque estas encuestas no tuvieron un diseño probabilístico y por ello no pueden considerarse como información

representativa del ámbito rural y urbano, su cobertura y dispersión a lo largo del país les confieren un gran valor para la identificación de la dimensión y diseminación de la desnutrición en nuestro país en esa época. Dichas encuestas recabaron información detallada sobre características socioeconómicas, patrones de alimentación e ingestión dietética (proveniente de recordatorios de consumo de 24 horas) y el estado nutricional de la población, incluyendo variables antropométricas (peso y talla), indicadores clínicos de desnutrición severa e indicadores bioquímicos a partir de terminaciones en muestras de sangre de la población. (pp.123-125)

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

González Jennifer (2011) realizó una tesis titulada: “Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca” esta tesis fue para obtener el título de licenciada en nutricionista dietista.

El objetivo general de esta investigación es establecer la clasificación nutricional de 90 adultos mayores pertenecientes al Plan “Nueva Sonrisa” del Dispensario Santa Francisca Romana mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment. Esta tesis tuvo como conclusión:

Con relación a la clasificación nutricional se encontró un índice muy alto de población en riesgo y malnutrición 81%. En cuanto a la frecuencia de consumo esta población tiene una inadecuada ingesta de alimentos proteicos con alto valor biológico como la leche, la carne, el pescado y el pollo. También es limitado el consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales los cuales se encuentran en las frutas y verduras. El 24% de la población ingiere tres comidas, es preocupante que el 76% solo consume 1 y 2 comidas. Otros factores de riesgo prevalentes relacionados con el

estado nutricional fueron disminución en el apetito 39% y toma más de tres medicamentos al día 35%. Las dificultades económicas de la población estudiada refleja la imposibilidad de tener una alimentación variada y nutritiva lo que conlleva al alto porcentaje de riesgo y mal estado nutricional. La concordancia de las respuestas entre los adultos mayores y sus familiares fue favorable arrojando como resultado una fuerza de concordancia del 66% entre muy bueno y bueno. Para finalizar es importante tener en cuenta que los cambios fisiológicos que tienen lugar durante el envejecimiento no deben producir un impacto severo en el estado nutricional del adulto mayor; por lo tanto es necesario intervenir oportunamente.

2.3 MARCO TEÓRICO

2.3.1 ADULTO MAYOR

Márquez (2007) señala:

Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Al adulto mayor se le asoció generalmente con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. Al aprendizaje se le consideró como un proceso siempre activo que se realizó a lo largo de la vida. En este proceso siempre la actualización de los conocimientos ya alcanzados, asociándolos, comparándolos, reflexionando sobre sus propias creencias y explicar frente a los otros.

Así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad, de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, redescubrir sus

capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo dentro del grupo.

2.3.1.1 ENVEJECIMIENTO

(Schneider & Bernal, 2008) Señalan:

El envejecer es un proceso de declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas

El envejecimiento es un proceso fisiológico de cambios sufridos por el individuo que empieza desde el momento mismo de el nacimiento, ocurre de forma diferente en cada persona e incluye modificaciones orgánicas, sistémicas, funcionales (a nivel físico y cognitivo) y psicológicas, enmarcadas por el estilo de vida, las condiciones ambientales y sociales, y, en gran medida, las tendencias alimentarias a lo largo de la vida.”

2.3.1.2 ADULTO MAYOR Y DESNUTRICIÓN

Los ancianos son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, pero esto no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. Así como ha aumentado el número de ancianos, aparentemente también ha aumentado entre ellos la incidencia de problemas relacionados con su nutrición, como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad.

Esto es preocupante, ya que la nutrición es un factor de riesgo para la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas y discapacitantes. Debido a lo anterior, el envejecimiento demográfico puede significar para los adultos mayores una disminución en su calidad de vida por el aumento de problemas relacionados con su salud, discapacidad y problemas nutrimentales, lo que a su vez, implica un aumento en los costos por parte de los sistema de salud y por parte de los ancianos. Desgraciadamente, los

sistemas de salud en el mundo difícilmente podrán solventar estos gastos debido a que la mayoría ha entrado en una situación crítica cuyo futuro es incierto. (p.44)

2.3.2 LA MALNUTRICIÓN

La malnutrición se define como una condición fisiológica anormal, causada por un consumo insuficiente, desequilibrio excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo.

(Macías, Guerrero, Prado, Hernández, & Muñoz, 2000) definen:

La malnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos y factor de fragilidad. No sólo es signo de enfermedad, sino que su presencia aumenta la morbilidad, estancia hospitalaria, institucionalización y mortalidad por enfermedades concomitantes. Hasta 2/3 partes de los casos de malnutrición se deben a causas reversibles. La intervención nutricional es útil asociada al tratamiento etiológico para revertir la situación de malnutrición en algunas enfermedades. (p.200)

2.3.2.1 CAUSAS DE MALNUTRICIÓN

(Macías, Guerrero, Florentino, Hernández, & Muñoz, s/f) afirman:

La etiología de la malnutrición en el anciano es compleja y depende de la confluencia de varios factores:

- ✚ Cambios fisiológicos del envejecimiento: Reducción de la masa magra, aumento de la masa grasa, disminución del gusto por pérdida de papilas y el olfato, reducción en la secreción de saliva, reducción de la secreción gástrica que

puede dificultar la absorción de fólico, hierro, calcio y B12 y enlentecimiento del vaciamiento gástrico que produce saciedad precoz, frecuente déficit adquirido de lactasa que produce intolerancia a la leche (no al yogur), Predominio de hormonas anorexígenas.

- ✚ Dependencia en actividades instrumentales: incapacidad para comprar, preparar o servirse comidas adecuadas por alteración:
 - Física (movilidad).
 - Sensorial (visual, auditiva o de la comunicación).
- ✚ Psíquica (depresión, demencia, paranoia, manía, alcoholismo y tabaquismo).
- ✚ Social (soledad, ingresos insuficientes, falta de transporte adecuado para ir a comprar alimentos especiales, malas condiciones o barreras de la vivienda, desconocimiento de técnicas culinarias, malos hábitos dietéticos, falta de ayuda y tiempo para alimentar al dependiente, maltrato).
- ✚ Entorno físico: la comida es un acto social placentero. Hay que cuidar la presentación de los platos ofreciendo variedad de menús; alimentos identificables por la vista, color y olor; varias comidas al día de varios platos. El lugar donde se come debe resultar agradable, con compañía, incluso participando en la elaboración de algunas comidas o en la elección de menús.
- ✚ Alteraciones bucales: pérdida de piezas dentarias, boca seca, candidiasis.
- ✚ Enfermedades digestivas, hepáticas, pancreáticas y biliares
- ✚ Fármacos: son una causa frecuente
(pp.227-228)

2.3.3 CAMBIOS FÍSICOS

(Anónimo,s/f) señala:

Los cambios que antes se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo.

Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos. En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil la extracción de conclusiones sobre el tema.

La razón por la que se considera a la persona mayor como «vulnerable» es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad.

Pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía. (p.21)

(Salech, Jara, & Michea, 2011) refieren:

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples, y su análisis completo pudiera terminar en una lista interminable.

Por esta razón, elegimos centrarnos en cinco sistemas específicos, cuyos cambios asociados al envejecimiento nos parecen de alta relevancia, tanto por la elevada prevalencia de sus alteraciones, como por las consecuencias funcionales que ellas tienen. (pp.25-28)

2.3.3.1 DEPRIVACIÓN SENSORIAL

(Iruela, García, Bordas, Flores, & Martínez, s/f) argumentan:

Las alteraciones sensoriales en la edad anciano cobran una especial importancia no sólo por su alta prevalencia, sino, sobre todo, por las repercusiones que en el ámbito funcional, psicológico y social tienen para el paciente. Si además tenemos en cuenta que estos trastornos suelen asociarse a otras patologías sistémicas, podemos afirmar que se trata de verdaderos síndromes geriátricos.

Es evidente que el déficit visual y auditivo limitan funcionalmente al anciano, tanto para tareas básicas como instrumentales, aumentando la dependencia, reduciendo la movilidad y aumentando el riesgo de accidentes domésticos y caídas. Desde el punto de vista cognitivo y social, dificultan la comunicación y las relaciones sociales, haciendo que disminuyan las actividades fuera del domicilio, se tienda al aislamiento y originen mayores situaciones de ansiedad y estrés. Se ha comprobado que aumentan el riesgo de deterioro cognitivo y de delirium en circunstancias adversas. Es esencial conservar las funciones visuales para un estilo de vida independiente; para ello debemos saber distinguir lo fisiológico de lo patológico, y para ello haremos un repaso práctico de la patología más frecuente en el anciano. (p.251)

2.3.3.2 MODIFICACIONES OCULARES

(García, Bordas, Flores, & Martínez, 2002) añaden:

A partir de los 65 años hay una disminución constante de la agudeza visual, la sensibilidad al contraste, la tolerancia a los deslumbramientos y los campos visuales. La percepción de la profundidad empeora a partir de los 75 años. Otro tema importante es el deterioro de visión por defectos de refracción sin corregir o mal corregido, fácil de subsanar con una graduación de lentes. (p.253)

2.3.3.2.1 VISIÓN

- Disminuye el tamaño de la pupila.
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores. (p.255)

2.3.3.3 ALTERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN EL ANCIANO

(Iruela, García, Bordas, Flores, & Martínez, s/f) señalan:

Aunque la afección más popular es la presbiacusia, debido a las alteraciones psicológicas y sociales que origina, el anciano puede presentar las mismas enfermedades del adulto, incluso algunas con mucha mayor frecuencia. En todo caso, estas enfermedades presentan en la persona mayor unas características especiales que hay que tener en cuenta a la hora de valorar al paciente.

La sordera tiene un efecto adverso sobre las funciones cognitivas, conducta emocional y bienestar social, y puede ser un factor con peso específico considerable para llevar una vida independiente. (p.253)

2.3.3.4 AUDICIÓN

Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

Prevalencia

Cerca de un 25% de las personas de 65-74 años y hasta el 50% de los mayores de 75 años sufren una pérdida de audición. (p.254)

2.3.3.5 ALTERACIONES DEL GUSTO Y OLFATO

(Anónimo, s/f) señala:

Durante el envejecimiento los adultos mayores van perdiendo la sensibilidad por la deficiencia de la salivación y la pérdida de sensores a raíz de la lengua de manera que las papilas gustativas pierden su función y esto hace que el adulto mayor pierda el apetito. Por otra parte la pérdida del olfato se asocia con la falta de apetito, debido a que por ello los ancianos no perciben los olores.

2.3.3.5.1 GUSTO Y OLFATO

Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.

Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la

mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio sanitaria. (p.52)

2.3.3.6 ALTERACIONES DEL TACTO

(Anonimo,s/f) indica:

Dentro de estas alteraciones se encuentran los cambios se observan directamente en la piel por la falta de hidratación y algunos nutrientes en el cuerpo.

2.3.3.6.1 TACTO

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto.

Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flaccidez.
- Sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas). (p.54)

2.3.4 EL CAMBIO EN LA TERCERA EDAD Y ALGUNAS DE SUS CARACTERÍSTICAS

(Narro, Melendez, Aleixandre, & Villanueva, 1993) añaden:

No es novedoso el decir que la socialización del individuo comienza muy pronto. También asumimos y reseñamos el que el proceso que nos ocupa no termina en la infancia. En el periodo adulto, en la tercera edad, la socialización continua mediante la interiorización de nuevos valores y formas de conducta con la presencia de cambios en las posiciones personales y roles, etc.

Además, si asumimos que el curso de la vida está determinado por factores tales como el biológico interno, el psicológico individual, el sociológico cultural y el físico externo, en este estadio de la vida, el influjo del factor biológico interno se hace cada vez más fuerte.

(Narro, 1945), el bienestar, la felicidad de los ancianos, no estaría en función de sentirse útil o de ejercer una función. Si a la vejez se le dota de seguridad, ayuda suficiente, servicios, lo determinante será el deseo de desvinculación del contexto social previo, pues de tal situación surgirá el bienestar salido de tal desprendimiento social. El deseo de ser útiles sólo se corresponde con la necesidad de encontrarse seguros y por el temor de verse rechazados, indefensos y desamparados. (p.134)

2.3.4.1 ENFERMEDADES FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR

(Anónimo, 2019)

Los ancianos constituyen un grupo de riesgo en algunas enfermedades que suelen estar relacionadas precisamente con el envejecimiento, son las que denominamos enfermedades crónicas.

Consideramos enfermedades crónicas aquellas de larga duración que progresan de forma lenta y aunque cualquier persona puede desarrollar una enfermedad de este tipo, independientemente de la edad que tenga, éstas son más comunes en los ancianos. De hecho, el Instituto Nacional de Estadística (INE) establece que 1 de cada 6 españoles adultos padece algún tipo de enfermedad crónica. (p.2)

2.3.4.2.1 DIABETES

Prácticamente todas las personas de la tercera edad sufren diabetes. Las principales causas suelen ser el estrés, los malos hábitos alimenticios y la inactividad.

Con un control por parte del especialista y el tratamiento adecuado, el anciano puede llevar una vida totalmente normal. (p.3)

2.3.4.2.2 DESNUTRICIÓN

Las personas mayores tienen tendencia a perder el apetito, por lo que su ingesta de proteínas y vitaminas disminuye, pudiendo llegar a provocarles desnutrición.

Este problema puede derivar en otros como deshidratación, anemia o gastritis atrófica, entre otras.

Para evitarlo, es crucial que se desarrollen unos hábitos de alimentación en personas mayores así como el seguimiento de una dieta equilibrada que le garanticen el consumo de todos los minerales y vitaminas que necesita para estar sano. En algunos casos, el especialista recomienda recurrir a algunos complementos alimenticios para paliar este déficit. (p.3)

2.3.4.2.3 PROBLEMAS AUDITIVOS Y VISUALES

El desgaste natural del oído debido al envejecimiento suele provocar cierto grado de sordera, que puede paliarse con éxito mediante audífonos.

Del mismo modo que sucede con el oído, el envejecimiento puede provocar problemas visuales, por lo que es muy importante que el anciano se haga una revisión ocular anual para detectar si existe alguno y empezar con un tratamiento adecuado.

La miopía, la presbicia, las cataratas, el glaucoma o la tensión ocular son algunos de los problemas visuales más comunes en la tercera edad. (pp.4-5)

2.3.4.2.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es común que los ancianos tengan la presión arterial alta pero este síntoma no debe tomarse a la ligera ya que la hipertensión arterial podría provocar problemas cardíacos más serios.

Por ello, la adopción de hábitos de vida saludables y el control de la presión arterial es crucial alcanzada una edad avanzada. (p.5)

2.3.5 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

(Pfeiffer & Sarabia Cobo, 2010) sostienen:

Los cambios psicológicos pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiesta como de la persona que puede evaluarlos. Hay personas que viven con seria preocupación el declive de algunas funciones y otras que no lo valoran adecuadamente. En general con el envejecimiento existe un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores (nivel educativo, dedicación laboral, actividad física, etc.).(p.1)

- Procesado de la información: Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que

pueden afectar negativa al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas que se detectan lo que incrementa la ansiedad.

- **Inteligencia:** Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada.
- **Memoria:** La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor.
- **Lenguaje:** La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.
- **Afectividad emocional:** La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas. (p.2)

2.3.6 LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR

Instituto Mexicano del Seguro Social Seguridad y Solidaridad Social, S/f,
Menciona:

La alimentación y la actividad física son factores importantes para mantener la salud. Cuando se come de manera inadecuada el organismo se deteriora y aparecen enfermedades como desnutrición, sobrepeso, obesidad, diabetes, presión alta, osteoporosis, infartos, embolias, algunos tipos de cáncer o incluso trastornos neurológicos. Por eso una alimentación correcta es importante para mantenerse sano y activo.

El adulto mayor puede tener deficiencia de sustancias nutritivas como el calcio, ácido fólico, hierro y tiamina, entre otras, ya sea por una mala alimentación, enfermedades, complicaciones y cambios propios del envejecimiento, por lo que se debe asegurar el consumo de todos los grupos de alimentos en las tres comidas principales del día.(p.6)

2.3.6.1 PLATO DEL BIEN COMER

El Plato del Bien Comer es una representación gráfica de los grupos de alimentos que deben formar parte de una alimentación correcta.

- ✚ Consta de tres grupos de alimentos: Verduras y frutas. Principal fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética
- ✚ Cereales: Principal fuente de hidratos de carbono
- ✚ Leguminosas y Alimentos de Origen Animal: Principal fuente de proteínas (p.7)

2.3.6.2 RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA:

- ✚ Realice tres comidas completas al día en horarios regulares, incluya un pequeño refrigerio saludable a media mañana y a media tarde
- ✚ Consuma al menos un alimento de cada grupo, en cada una de las tres comidas principales al día
- ✚ Seleccione alimentos naturales ¡No industrializados!
- ✚ Coma verduras y frutas frescas de temporada, en cada una de las comidas principales o como refrigerio, dando variedad y color
- ✚ Escoja cereales de grano entero y sus derivados integrales de preferencia sin azúcar ni grasa adicionadas. Combínelos con leguminosas, lo cual mejorará la calidad de sus proteínas
- ✚ Consuma cantidades moderadas de alimentos de origen animal de preferencia el pescado, aves como pavo y pollo sin piel y carne magra, asadas, horneadas, cocidas o en salsa, así prepárelos
- ✚ Favorezca el consumo de quesos bajos en grasa como tipo panela, requesón o cottage
- ✚ Ingiera leche descremada o deslactosada en caso de intolerancia a la lactosa
- ✚ Dé diversidad a su alimentación intercambiando alimentos al interior de cada grupo
- ✚ Evite pizza, hot-dogs, frituras, tortas gigantes, hamburguesas, donas, churros, pan dulce, pasteles, mantequilla, margarina, crema, mayonesa, tocino, azúcares, postres, golosinas, refrescos, jugos industrializados, entre otros. Por su elevado contenido en grasas, azúcares y kilocalorías
- ✚ Limite el consumo de grasas y azúcares
- ✚ Evite el consumo excesivo de sal. Utilice hierbas y especias para darle sabor a sus alimentos
- ✚ Beba de 6 a 8 vasos de agua simple potable diariamente

- ✚ Prepare sus alimentos y bebidas con higiene, lave sus manos antes de cada comida y evite comer alimentos en lugares con poca higiene o expuestos al aire libre
- ✚ Si tiene problemas para masticar, prefiera alimentos suaves o si es necesario en forma de papillas, purés, licuados, carnes molidas, deshebradas o picadas, consulte a su Nutricionista Dietista. (p.8-9-10)

(Anónimo, s/f) Refiere:

- ✚ La dieta de los adultos mayores con adecuado estado nutricional debe tener las siguientes características:
- ✚ El primer paso es adecuar el plan de alimentación basado en los requerimientos de acuerdo al peso ideal para asegurar el aporte de micronutrientes.
- ✚ En los adultos mayores se debe promover la reeducación y modificación de sus hábitos alimenticios y estilo de vida para lograr un mejor estado de nutrición y por lo tanto mejorar su calidad de vida.
- ✚ Los adultos mayores adecuado estado nutricional con comorbilidades deberán seguir los lineamientos específicos de acuerdo a su patología.
- ✚ En el adulto mayor se recomienda 30 Kcal./Kg./día para mantener su peso.
- ✚ Las recomendaciones son las siguientes: A. 30 a 35 ml por Kg. de peso corporal, con un mínimo o 1500 ml/día y 1.5ml por Kcal consumida. (p.11)
- ✚ Se recomienda el siguiente balance en la dieta de los adultos mayores con adecuado estado nutricional sin comorbilidad:
 - Carbohidratos __ 50-60%
 - Proteínas _____ 25%
 - Grasas _____ 25%

- ✚ Reducir el consumo de colesterol a 300 mg diario

- ✚ Aportar proteína de alta calidad biológica: de fácil digestión y masticación, vitaminas y minerales aportar principalmente calcio, magnesio, zinc, hierro, selenio, cromo silicio, folatos, vitaminas C, D, E y B12, moderar el sodio, limitar la ingesta de sal común.

- ✚ Consumir 5 raciones diarias de verduras y frutas frescas en especial de hoja verde, amarillas y cítricos.

- ✚ Evitar alimentos con pocos nutrientes como azúcar de mesa y harinas refinadas

- ✚ Las recomendaciones de agua son las siguientes:
 - a) 30 a 35 ml por kg de peso corporal
 - b) Con un mínimo o 1500 ml/día
 - c) 1 a 1,5 ml por kcal consumida(P.12-13-15)

2.3.6.3 RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NUTRICION DEL ADULTO MAYOR

- ✚ Evitar alimentos con pocos nutrientes como azúcar de mesa y harinas refinadas
- ✚ El exceso de hidratos de carbono simples se debe evitar, ya que esto puede dar lugar a hiperglucemia.
- ✚ Los hidratos de carbono complejos no es necesario restringirlos
- ✚ Adicionar las pérdidas que se presenten secundarias a enfermedades o medicamentos.
- ✚ Incluir al paciente y a su familia en las decisiones sobre la alimentación, de manera que, se conozcan sus gustos y pueda tener

mayor apego al plan de alimentación. La participación en el diseño del menú, revisión y selección de alimentos es también importante

- ✚ Ofrecer comidas considerando las preferencias alimentarias, la consistencia y la temperatura junto con la elección de alimentos étnicos
- ✚ La inclusión de multivitaminas, calcio, vitamina D, vitamina B, ácido fólico , será a criterio del especialista en nutrición
- ✚ Indicar dieta fraccionada
- ✚ Promover dieta con alimentos naturales
- ✚ Adicionar saborizantes a los alimentos, si fuera necesario.
- ✚ Si la dieta es adecuada no se necesitan complementos, el uso de complementos nutricionales lo determinara el nutriólogo que atiende al adulto mayor
- ✚ Promover asistencia alimentaría
- ✚ Un dieta rica en fibra puede contribuir a normalizar la función intestinal
- ✚ Asegurar una adecuada salud bucal por ser considerada factor de riesgo para la disminución de la ingesta a través de alteración del gusto y la dificultad de masticar y tragar
- ✚ Mantener la ingesta optima flúor
- ✚ Promover el ejercicio regular para conservar y favorecer el incremento de la masa muscular y estimular el apetito.
- ✚ Recomendar siempre Ejercicio ya sea pasivo o activo, de acuerdo a las condiciones físicas del adulto mayor
- ✚ De acuerdo a la National Council Research no se recomienda consumo de alcohol. (p.20)

2.3.7 LA EDUCACION EN EL ADULTO MAYOR

(Garcia, 2007) Indica:

Se analiza el avance de la educación del adulto mayor desde sus orígenes hasta la actualidad con el fin de presentar los mejores métodos y procedimientos llevados a cabo internacionalmente que permitan lograr un aprendizaje verdaderamente desarrollador del adulto mayor.

El derecho a la educación no debe ser sometido a ningún límite de edad y para el adulto mayor este derecho tiene una significación especial, pues representa una oportunidad de actualización, participación social y reafirmación de sus potencialidades. Para las personas que transitan por esta etapa de la vida, la educación puede contribuir al desarrollo de una cultura del envejecimiento y elevación de la calidad de vida expresada en mayores estándares de salud, felicidad y bienestar. La educación del adulto mayor tiene sus antecedentes en la formación de adultos, a la que múltiples autores han intentado conceptualizar como una ciencia, con una historia y desarrollo propio.

La integración básica sobre la educación de adultos se inició en Europa y Estados Unidos de Norte América en forma bastante tardía en comparación con su equivalente en el ámbito de la educación de niños y jóvenes. Es apenas a finales de los años cincuenta cuando se inician los esfuerzos de sistematización, articulación y difusión de teorías específicas acerca del aprendizaje del humano adulto, así como de estrategias y métodos capaces de expresarse en términos de una didáctica para un aprendizaje adulto. Y es a partir de estas propuestas que se el término andrología cobra importancia. Su aparición data por primera vez en 1833 y fue acuñado por el maestro alemán Alexander Kapp. Al no ser generalizado su uso cae en el olvido, pero posteriormente Eugen Rosem back, a principios del siglo XX, retoma el término para referirse al conjunto de elementos curriculares

propios de la educación de adultos, como son: profesores, métodos y filosofía. (pp.3-4)

2.3.8 EL APOYO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR

(Serrano, 2013) refiere:

La familia, factor de calidad de vida. En opinión de las personas mayores, las relaciones con la familia son una fuente esencial de bienestar y es la tercera condición más importante para la calidad de vida.

Ya se ha mencionado el papel positivo de las redes familiares, sociales y comunitarias en el bienestar general y la salud de las personas mayores, como parte del envejecimiento activo correspondiente a la alta participación social. También influyen en el envejecimiento activo las relaciones entre las distintas generaciones que conviven en una misma época, dentro y fuera del ámbito familiar, siendo lógico que los encuentros entre generaciones deban comenzar en la familia.

El sentirse necesario es uno de los predictores de longevidad. En la mayor parte de estudios longitudinales las personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos suelen vivir más y mejor. Tratar de mantener nuestras relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para obtener un envejecimiento satisfactorio. (P.14-15)

2.3.8.1 LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA UNA MEJOR VEJEZ

(Born, 2017) Señala:

Está comprobado que las redes de apoyo familiar son de extrema importancia para llevar una vejez de calidad. “Los pacientes adultos mayores son una población especialmente vulnerable, en la que pueden prevalecer múltiples enfermedades crónicas, numerosos tratamientos farmacológicos y, en diversa proporción, distintos grados de dependencia”, comenta la doctora Marianne Born, geriatra de Red de Salud UC CHRISTUS. (P.2)

2.3.8.2 LA FAMILIA COMO BASE

En la adultez mayor el núcleo familiar es un factor de bienestar relevante y significativo. “El apoyo emocional se mantiene en el tiempo como el principal aspecto en que los pacientes señalan recibir apoyo de sus hijos, aunque también reciben apoyo con información, ayuda práctica, económica y asistencia en el cuidado personal de parte de ellos”, indica la doctora Born.

2.3.8.3 PLANIFICAR UNA VEJEZ ACOMPAÑADA

Tal como señala la doctora Born, lo ideal es proyectar esta etapa de la vida contando con una red de apoyo, ya sea con familiares o personas de confianza a las que se pueda acudir en caso de necesidad. Además, la especialista sugiere:

- ✚ Evaluar con tiempo con quiénes podrán vivir frente a la aparición de dependencia y planificar cómo se mantendrán económicamente.
- ✚ Informarse acerca de si les corresponde algún beneficio estatal y eventuales apoyos de los servicios de salud, principalmente

controles y tratamientos de patologías GES, vacunas, ayuda en alimentación, etc.

- ✚ Mantenerse social y físicamente activo, así como con una alimentación adecuada.
- ✚ Asistir a sus chequeos preventivos y regularmente a sus controles de enfermedades crónicas (p.2-4)

2.3.9 SALUD MENTAL

2.3.9.1 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

(Jonis & Llacta, 2013) remarca:

En los últimos años, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, en virtud del rápido crecimiento de este grupo etario respecto a la población general.

La depresión mayor es un trastorno del estado del ánimo generalmente melancólico, con duración mayor a dos semanas, acompañado de síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad, anhedonia), síntomas somáticos (disminución de peso, insomnio o hipersomnias, fatiga, alteraciones sexuales), síntomas del pensamiento (visión negativista, ideas de inutilidad y culpa, depresión delirante) y síntomas conductuales (disminución en la concentración y la atención, memoria, actividad psicomotriz, descuido del aseo). (p.78)

(Jonis & Llacta, 2013) señala:

La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada. Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con

tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio.

Aunque un porcentaje de pacientes ancianos padece de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de depresión mayor o distimia, algunos autores lo clasifican como “depresiones subclínicas”; siendo tratados en muchos casos como episodios depresivos. (p.78)

(Araya, s/f) afirma:

En general, los síntomas somáticos y físicos es la presentación clínica más frecuente en el paciente anciano en comparación con la población adulta joven donde imperan los síntomas psíquicos. Muchos ancianos y familiares no informan sobre los síntomas depresivos dado que los atribuyen al mismo proceso de envejecimiento o procesos de salud que padecen. Todos estos factores asociados a trastornos cognitivos pueden dificultar al clínico sobre el diagnóstico de esta patología.

La persona anciana con depresión puede presentarse como poli consultante, con múltiples síntomas somáticos, dolencias médicas nuevas o exacerbaciones de síntomas cardiopulmonares, gastrointestinales, dolores articulares, deterioro funcional, fatiga, insomnio, alteraciones del apetito, entre otros. Estudios enmarcan la alta prevalencia que existe en desarrollar depresión psicótica en adulto mayor deprimido en comparación con adultos jóvenes. (p.428)

2.3.9.2 ESTRÉS EN EL ADULTO MAYOR

(Lazarus, citado por Riu & Forner, 2000) afirma:

El estrés es una respuesta por la interacción de una persona con su entorno, es un proceso dinámico, cambiante por medio de la relación que se da entre los estímulos del medio y los recursos personales que se utilizan para manejar o reducir las demandas internas o externas que son vistas como desbordantes para la persona. Lo anterior se explica a través del modelo de estrés percibido el cual define que este depende del significado que la persona les dé a los diferentes eventos, al ser valorada de manera positiva la situación es beneficiosa para el individuo, pero si por lo contrario lo identifica como amenazante o desafiante desencadenaría la respuesta de estrés.(p.2)

Thomas (2002) cita a Pfeiffer (1977) señala:

Quien resalta que en el adulto mayor se evidencian altos niveles de estrés, causados por la jubilación, pérdida de las funciones físicas, enfermedad, dependencia, aislamiento familiar, de este modo se reduce la vida social y al mismo tiempo se observa como disminuyen sus capacidades tanto motoras como mentales. (p.2)

(Rodríguez, 2003) remarca:

El estrés en adultos mayores puede deteriorar la salud debido a que al enfrentar una situación que genere tensión, el organismo produce mayor cantidad de la hormona cortisol u hormona del estrés, por lo que se presenta una reducción anormal en los telómeros lo cual genera deterioro de la memoria, envejecimiento prematuro e incluso la muerte, por ello se sugiere afrontar el estrés como reto y no como amenaza. (p.2)

2.4 MARCO CONCEPTUAL

SARCOPENIA: Es la pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza al envejecer o al llevar una vida sedentaria.

MORTALIDAD: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población en un periodo de tiempo.

DEPRESIÓN: Es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar.

MASA ÓSEA: Medida de la cantidad de minerales (por lo general, calcio y fósforo) que contiene cierto volumen de hueso.

COGNITIVO: La cognición es la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar la información.

INMUNITARIA: También conocida como respuesta inmune, refiere a la forma que dispone un organismo de reconocer y defenderse de todos aquellos agentes que considera extraños y nocivos. El sistema inmunitario es el responsable de regular y gestionar estas respuestas.

FRAGILIDAD: Es la capacidad de un material de fracturarse debido a su escasa o nula deformación permanente. Por el contrario, los materiales dúctiles o tenaces se rompen tras sufrir acusadas deformaciones, generalmente de tipo plásticas.

DECLIVE: El estado que se caracteriza por un bajón del rendimiento físico.

PROPENSIÓN: Predisposición o tendencia a contraer una enfermedad

MASA MAGRA: Está constituida por los órganos internos, los músculos y los huesos.

TEJIDO GRASO: Es el tejido de origen mesénquima (un tipo de tejido conjuntivo) conformado por la asociación de células que acumulan lípidos en su citoplasma.

ALCANCE PRESERVANDO: Proteger o resguardar a alguien o algo, intentando conservar su estado, de un daño o peligro.

TEJIDO MAGRO: La masa de tejido corporal libre de grasa, como el músculo, el tejido conjuntivo y el hueso.

FACTORES INTRÍNSECOS: Se refiere a las propiedades físicas y a la composición química del propio alimento: actividad de agua, pH, nutrientes, potencial de oxidación y estructura del producto alimentario.

FACTORES EXTRINSECOS: Características del ambiente donde se almacena el alimento: temperatura, humedad y tensión de oxígeno.

ESOFAGITIS: Causada por el reflujo de líquido del estómago hacia el esófago.

ESTENOSIS ESOFÁGICA: Benigna es un estrechamiento del esófago (el conducto que va de la boca al estómago).

ACALASIA: Es una rara enfermedad en la cual el esófago se encuentra inhabilitado para llevar el alimento hacia el estómago.

COLITIS: Intoxicación alimentaria debido a bacterias.

DEMENCIA: Pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente grave y progresivo, debido a la edad o a una enfermedad, que se caracteriza por alteraciones de la memoria y la razón y trastornos en la conducta.

RIESGO NUTRICIONAL: Es la probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas en el tratamiento, relacionadas con la nutrición. Algunos hábitos alimentarios y ciertas actitudes suponen un riesgo para la salud.

CUIDADOS NUTRICIONALES: Incluye comprobar el estado nutricional de una persona y dar los alimentos o nutrientes apropiados para tratar afecciones tales como las causadas por la diabetes, la cardiopatía y el cáncer.

DUELO: Es la respuesta normal y saludable de una persona ante una pérdida. Cambios en su *salud*.

MALNUTRICIÓN: Nutrición deficiente o desequilibrada debido a una dieta pobre o excesiva.

ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS: (artritis) Los síntomas empeoran con la inmovilidad (rigidez matinal).

INFECCIONES: Es la invasión de un anfitrión por un microorganismo patógeno, su multiplicación en los tejidos y la reacción del anfitrión a su presencia y a la de sus posibles toxinas.

HIPOGEUSIA: Es la enfermedad que disminuye el sentido del gusto e impide saborear las sustancias dulces, agrias, amargas, saladas.

DISFAGIA: Dificultad o imposibilidad de tragar.

HOMEOSTASIS: Conjunto de fenómenos de autorregulación, conducentes al mantenimiento de una relativa constancia en la composición y las propiedades del medio interno de un organismo.

SARCOPENIA: Es la pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza al envejecer o al llevar una vida sedentaria.

INGESTIÓN CALÓRICA: La grasa es el principio inmediato más calórico.

FUNCIÓN SENSORIAL GASTROINTESTINAL: Es una subdivisión del sistema nervioso autónomo que se encarga de controlar directamente el aparato digestivo.

COLECISTOCININA: Es una hormona secretada por las células de la mucosa duodenal y del yeyuno, bajo la influencia del paso por el duodeno, de ácidos o de grasas del contenido intestinal y que provoca la contracción de la vesícula biliar, para que esta libere bilis hacia el intestino delgado.

ÓXIDO NÍTRICO: Es considerado como el vasodilatador endógeno más importante.

LEPTINA: Es una hormona involucrada en la regulación del peso corporal.

PLIEGUE TRICIPITAL: Cutáneos permite valorar los depósitos de grasa del cuerpo humano.

PROTEÍNAS PLASMÁTICAS: Todas las proteínas que contiene el plasma sanguíneo, incluidas las inmunoglobulinas.

NERVIO ULNAR: Se origina principalmente de las raíces espinales C8 y T1, que forman el fascículo medial del plexo braquial o también llamado Tronco Secundario Antero interno.

TRANSFERRINA: Es la proteína transportadora específica del hierro en el plasma de humanos y mamíferos.

CAPACIDAD PREDICTIVA: Esta capacidad es la que permite obtener conocimientos a partir de ciertos fenómenos, con el fin de reproducirlos nuevamente.

IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA: Es una técnica utilizada para medir la composición corporal, basada en la capacidad que tiene el organismo para conducir una corriente eléctrica.

EDEMA: Presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda.

TROMBOSIS VENOSA: Es una afección que sucede cuando se forma un coágulo sanguíneo en una vena que se encuentra profundo de una parte del cuerpo.

DELIRIUM: Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora.

ANOREXIA: Trastorno de origen neurótico que se caracteriza por un rechazo sistemático de los alimentos y que se observa generalmente en personas jóvenes; suele ir acompañado de vómitos provocados, adelgazamiento extremo y, en el caso de las mujeres, desaparición de la menstruación.

HORMONA GRELINA: Esta sustancia se genera, principalmente, en células especializadas del estómago y del páncreas, y es la encargada de generarnos esa sensación de hambre que nos avisa de la necesidad de nutrientes.

CUERPOS CETÓNICOS: Son compuestos químicos producidos por cetogénesis en las mitocondrias de las células del hígado.

EDAD: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

DISPEPSIA: Trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia.

FALASIA: En lógica, una falacia (del latín: fallacia, 'engaño') es un argumento que parece válido, pero no lo es. Algunas falacias se cometen intencionalmente para persuadir o manipular a los demás, mientras que otras se cometen sin intención debido a descuidos o ignorancia.

POLIMEDICACION: Es aquella persona con una o varias enfermedades crónicas que toma más de seis medicamentos, diariamente y de forma continuada, durante un período igual o superior a seis meses.

SENECTA: El vocablo latino senectus llegó a nuestro idioma como senectud. Se trata de la etapa que vive el ser humano tras la madurez. La senectud, por lo tanto, es la ancianidad o la vejez.

FOLATO: Es una vitamina B que se encuentra naturalmente presente en muchos alimentos

PRESBIACUSIA: Se define como la pérdida progresiva de la capacidad para oír altas frecuencias, debido al deterioro producido en el sistema auditivo generado por la edad, principalmente a nivel del oído interno y de nervio auditivo.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

(Cortés & Iglesias, 2004) afirman:

La Metodología es la ciencia que nos enseña a dirigir determinado proceso de manera eficiente y eficaz para alcanzar los resultados deseados y tiene como objetivo darnos la estrategia a seguir en el proceso.

La Metodología de la investigación o metodología de la investigación científica es aquella ciencia que provee al investigador de una serie de conceptos, principios y leyes que le permiten encauzar de un modo eficiente y tendiente a la excelencia el proceso de la investigación científica.

El objeto de estudio de la metodología de la investigación se puede definir como el proceso de investigación científica, el cual está conformado por toda una serie de pasos lógicamente estructurados y relacionados entre sí.

Este estudio se hace sobre la base de un conjunto de características y de sus relaciones y leyes.

La investigación científica surge de la necesidad del hombre de dar solución a los problemas más acuciantes de la vida cotidiana, de conocer la naturaleza que lo rodea y transformarla en función de satisfacer sus intereses y necesidades.

El carácter de la investigación científica es creativo e innovador aplicando lo último del conocimiento científico. (p. 8)

3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación “Factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años” es investigación es aplicada porque el estudio se llevará a la práctica por medio de trípticos, encuestas y observaciones para comprobar los objetivos y la hipótesis planteadas.

3.1.1 INVESTIGACIÓN PURA

(Cazau, 2006 cita a Rubio y Varas, 1997) quienes sostienen:

Tiene como finalidad primordial avanzar en el conocimiento de los fenómenos sociales, elaborar, desarrollar o ratificar teorías explicativas, dejando en un segundo plano la aplicación concreta de sus hallazgos. Se llama básica porque sirve de fundamento para cualquier otro tipo de investigación. (p.18)

3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA

(Rivero, 2008) menciona:

Este tipo de investigación también recibe el nombre de práctica, activa, dinámica. Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren.

La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, pues depende de los resultados y avances de esta última; esto queda aclarado si nos percatamos de que toda investigación aplicada requiere de un marco teórico.

Busca confrontar la teoría con la realidad. Es el estudio y aplicación de la investigación a problemas concretos, en circunstancias y características

concretas. Esta forma de investigación se dirige a su aplicación inmediata y no al desarrollo de teorías. (p. 20)

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

La investigación “investigación“ Factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años” es de tipo descriptivo, explicativo y correlacional; es descriptivo porque se especificarán los factores determinantes de la desnutrición, las enfermedades que aquejan a los adultos mayores, el apoyo familiar entre otros aspectos relevantes; es explicativo debido a que se buscan las causas que influyen en la desnutrición del adulto mayor; es además correlacional puesto que las variables: el apoyo familiar, niveles de educación, economía, la depresión, el estrés y ciertas enfermedades, se relaciona con la variable desnutrición.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

(Cortés & Iglesias, 2004) afirman:

Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. (p.21).

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

(Cortés & Iglesias, 2004) afirman que:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar

propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Estos estudios presentan correlaciones muy incipientes o poco elaboradas. (P.20-21).

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

(Cortés & Iglesias, 2004) mencionan que:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o sociales. Las investigaciones explicativas son más estructuradas que las demás clases de estudios e implican los propósitos de ellas. (p. 21).

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

(Jiménez, 1998) sostiene:

En los estudios se abordan campos poco conocidos donde el problema, que solo de vislumbra, necesita ser aclarado y delimitado. Esto último constituye precisamente el objetivo de una investigación de tipo exploratorio.(p.21)

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación “investigación “Factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años” es de tipo documental y de campo; es documental debido a la información que obtuvimos para la investigación fue extraída de pdfs, libros digitales, artículos de revistas, informes, instituciones, sitios web y secciones de libros importantes para la recopilación de información importante.

También es de campo porque se la investigación se realizará en la colonia “24 de febrero” en Frontera Comalapa, Chiapas”.

3.3.1 INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

(UNAM, 2018) menciona:

Esta modalidad está orientada a resolver una situación o problema y obtener conocimientos mediante la recopilación, análisis e interpretación de información obtenida exclusivamente de fuentes documentales. No incluye intervención, ni reporte e interpretación de datos empíricos obtenidos por los autores del trabajo en cuestión (por ejemplo, respuestas a encuesta o mediciones experimentales). En la parte correspondiente al desarrollo y análisis de resultados deberá incluirse una síntesis de la información recopilada sobre el tema investigado, expresar claramente el argumento central que postula la investigación, además de establecer las relaciones entre los materiales consultados, destacando los puntos donde haya coincidencia o divergencia entre los autores. Las citas textuales deben escribirse entre comillas y es necesario precisar la referencia de la fuente consultada. (P.1)

3.3.2 INVESTIGACION DE CAMPO

(UNAM, 2018) menciona:

Se lleva a cabo con la finalidad de dar respuesta a algún problema planteado previamente, extrayendo datos e informaciones a través del uso de técnicas específicas de recolección, como entrevistas, encuestas o cuestionarios. En la parte correspondiente al desarrollo se incluirá el diseño, consistente en someter el objeto de estudio a un proceso o procesos, es decir, con qué y cómo se llevó a cabo la investigación, con el fin de recoger

de forma exacta los efectos que cada proceso o variable ha surtido sobre el objeto de estudio. (p.1)

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación “Factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años” es de tipo no experimental de corte transversal porque solo se observará y encuestará a los adultos mayores en una sola ocasión para luego analizar los resultados obtenidos.

3.4.1 INVESTIGACION EXPERIMENTAL

(Hernandez, 2006) afirma:

En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se ‘construye’ una realidad. (p.2)

3.4.2 INVESTIGACION NO EXPERIMENTAL

(Cortés & Iglesias, 2004) argumentan:

Que la investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de

investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para después analizarlo.

En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

Existen diferentes criterios para clasificar la investigación no experimental, adoptaremos la dimensión temporal, es decir de acuerdo con el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuáles se recolectan los datos.

3.4.2.1 INVESTIGACION TRANSVERSAL

(Cortés & Iglesias, 2004) mencionan:

Recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Este tipo de investigación es como una fotografía en un momento dado del problema que se está estudiando y puede ser: descriptiva o de correlación, según el problema en estudio.

3.4.2.2 INVESTIGACION LONGITUDINAL

(Cortés & Iglesias, 2004) afirman:

En este tipo de estudios se obtienen datos de la misma población en diferentes momentos. Aquí se comparan los datos obtenidos en las diferentes oportunidades a la misma población o muestra y se pueden analizar los cambios a través del tiempo.

3.5 ENFOQUES

El tema de investigación es de enfoque mixto porque se relacionó el enfoque cualitativo y cuantitativo; es cualitativo porque describiremos factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60 a 75 años de edad; es cuantitativo porque se realizará encuestas para luego analizarlas estadísticamente y comprobar hipótesis.

3.5.1 ENFOQUE CUALITATIVO

(Cortés & Iglesias, (2004)) mencionan:

Es una vía de investigar sin mediciones numéricas, tomando encuestas, entrevistas, descripciones, puntos de vista de los investigadores, reconstrucciones de los hechos, no tomando en general la prueba de hipótesis como algo necesario. Se llaman holísticos porque a su modo de ver las cosas las aprecian en su totalidad, como un todo, sin reducirlos a sus partes integrantes. Con herramientas cualitativas intentan afinar las preguntas de investigación (p.10).

3.5.2 ENFONQUE CUANTITATIVO

(León, 2004) Señala:

Proceso de investigación a las mediciones numéricas, utiliza la observación del proceso en forma de recolección de datos y los analiza para llegar a responder sus preguntas de investigación. Utiliza la recolección, la medición de parámetros, la obtención de frecuencias y estadígrafos de la población que investiga para llegar a probar las Hipótesis establecidas previamente. En este enfoque se utiliza necesariamente el Análisis Estadístico, se tiene la idea de investigación, las preguntas de investigación, se formulan los

objetivos, se derivan las hipótesis, se eligen las variables del proceso y mediante un proceso de cálculo se contrastan las hipótesis. Este enfoque es más bien utilizado en procesos que por su naturaleza puedan ser medibles o cuantificables (p.10).

3.5.3 ENFOQUE MIXTO

(Cortés & Iglesias, 2004) afirman:

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen observaciones, entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente. (p.11)

3.6 UNIVERSO O POBLACIÓN

El universo de la investigación son 127 adultos mayores de la colonia 24 de febrero.

(Cazau, 2006) menciona:

Es un procedimiento para extraer una muestra de una población, mientras que una muestra es una parte de la población que está disponible, o que se selecciona expresamente para el estudio de la población. (p. 86)

3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

La siguiente investigación se llevara a cabo en la colonia 24 de febrero municipio de Frontera Comalapa, Chiapas, se decidió estudiar dicha investigación en ese lugar, debido a que un tesista es originario de la misma localidad, por eso nos dirigimos allí, ya que fue más accesible y queda más cercano, también cuenta con transporte transitable y su población suele ser amable.

VEINTICUATRO DE FEBRERO MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA CHIAPAS.

La localidad de Veinticuatro de Febrero¹ está situado en el Municipio de Frontera Comalapa (en el Estado de Chiapas). Hay 1181 habitantes. Veinticuatro de Febrero está a 620 metros de altitud. (Soto, Telesecundaria 670, & Carranza, 2006)

3.7 MUESTRA

La muestra de la investigación son 30 adultos mayores que se encuentran en el rango de 60 a 75 años de edad.

(Porrás, s/f) señala:

Una muestra es cualquier conjunto de unidades tomadas a partir de una población, tiene que ser representativa y sus características deben reflejar las de la población. Por otra parte, la población se debe definir en términos de a) unidades, b) elementos, c) áreas y d) periodos de tiempo.

¹ Información extraída de: : <http://www.nuestro-mexico.com/Chiapas/Frontera-Comalapa/Veinticuatro-de-Febrero/>

La elección de muestras requiere definir la región de interés: colonias, distritos electorales o calles, tarea que se dificulta en el caso de contar con poblaciones móviles. También implica especificar las unidades de muestreo, ciudades, calles u hogares, así como elegir el tamaño y la forma de los sitios muestreados que van a constituir el soporte de la muestra. (p.4)

3.7.1 TIPOS DE MUESTREO

Nuestra investigación es de tipo no probabilístico porque solo se eligió a adultos mayores que se encuentran en el rango de 60 a 75 años de edad y es un muestreo accidental o bola de nieve porque se harán las encuestas con las personas que estén disponibles en ese momento.

3.7.1.1 PROBABILISTICO

(Salvadó, s/f) señala:

Es requisito que todos y c/u de los elementos de la población tengan la misma probabilidad de ser seleccionados (azar). (p.4).

3.7.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE

(Velázquez, s/f) afirma:

Cada elemento de la población tiene una oportunidad igual e independiente de ser seleccionado, para lo cual se le asigna un número. La muestra se determina con tablas de números aleatorios. (p. 5)

3.7.1.1.2 ESTRATIFICADO

(Cortés & Iglesias, 2004) sostienen:

La muestra aleatoria estratificada es la obtenida mediante la separación de los elementos de la población en grupos que no presentan traslapes, llamados estratos, y la selección posterior de una muestra aleatoria simple.

3.7.1.1.3 SISTEMÁTICO

(Velázquez, s/f) afirma:

Se selecciona una muestra tomando cada k-ésima unidad de la población, una vez que las unidades de muestreo están numeradas o arregladas de alguna forma. La letra k es la razón de muestreo, esto es, la razón del tamaño de la población correspondiente al tamaño de la muestra. (p. 5)

3.7.1.1.4 POR CONGLOMERADO

(Cortés & Iglesias, 2004) mencionan:

Los conglomerados son subconjuntos de la población que tienen la propiedad de ser internamente heterogéneos y entre ellos lo más homogéneos posibles.

Una muestra por conglomerado es una muestra aleatoria en la cual cada unidad de muestras es una colección o conglomerado de elementos. (p. 96)

3.7.1.2 NO PROBABILISTICO

(Salvadó, s/f) afirma:

No se conoce la probabilidad que tienen los diferentes elementos de la población de estudio de ser seleccionados. (p.17)

3.7.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA

(Salvadó, s/f) afirma:

Es la muestra que está disponible en el tiempo o periodo de investigación. (p.18)

3.7.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS

(Salvadó, s/f) afirma:

Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra.

Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población.

El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota. (p. 19)

3.7.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE

(Salvadó, s/f) afirma:

Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio.

De los tres tipos de muestreo no probabilístico resulta el más deficiente. (p.20)

3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nuestra investigación “Factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años” se basara en técnicas de observación y encuesta, para obtener los mejores resultados de acuerdo a cada uno de los encuestados.

(ITSON, 2006) menciona:

En la actualidad, en investigación científica hay una variedad de técnicas o instrumentos para la recolección de información en el trabajo de campo de una determinada investigación. De acuerdo con el método y el tipo de investigación a realizar, se utiliza unas u otras técnicas. (P.3)

3.8.1 OBSERVACIÓN

(ITSON, 2006) sostiene:

La observación directa cada día cobra mayor credibilidad y su uso tiene a generalizarse, debido a obtener información directa y confiable, siempre y cuando se haga de mediante un procedimiento sistematizada y muy controlado, para lo cual hoy están utilizándose medios audiovisuales muy completo, especialmente en estudios de comportamiento de la persona en su sitio de trabajo. (P.6).

3.8.2 ENCUESTA

(Salomón, 2008) afirma:

A diferencia de un censo, donde todos los miembros de la población son estudiados, las encuestas recogen información de una porción de la población de interés, dependiendo el tamaño de la muestra en el propósito del estudio.

La información es recogida usando procedimientos estandarizados de manera que a cada individuo se le hacen las mismas preguntas en más o menos la misma manera. La intención de la encuesta no es describir los individuos particulares quienes, por azar, son parte de la muestra, sino obtener un perfil compuesto de la población. (P.62)

3.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

(Hernandez, cita a Brown, Ashcroft y Miller, (1998) 2006) sostienen:

Con la finalidad de recolectar datos disponemos de una gran variedad de instrumentos o técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas, es por ella que en un mismo estudio podemos utilizar ambos tipos. Incluso, hay instrumentos como la prueba de propósito vital (que evalúa el propósito de vida de una persona) de Crumbaugh y Maholick que, en la misma prueba, tienen una parte cuantitativa y una cualitativa. (p.274)

Tamayo (1999) afirma que:

“Es un instrumento de recolección de datos formado por una serie de preguntas que se contestan por escrito a fin de obtener la información necesaria para la realización de una investigación” (p.131)

El cuestionario de la investigación consta de apartados como datos personales, datos familiares y uso de las redes sociales, que ayudarán a cumplir con los objetivos planteados.

3.9.1 CUESTIONARIO

A continuación se presenta el modelo de cuestionario que se aplicará a nuestra muestra el cual se llevará a cabo en la colonia 24 de Febrero, municipio de Frontera Comalapa, Chiapas, específicamente a 30 adultos mayores que se encuentren disponibles en ese momento, además se realizará fichas de observación así como se les entregará un tríptico de la alimentación adecuada del adulto mayor, asimismo una breve explicación sobre el plato del buen comer y la jarra del buen beber. Esto se llevará a cabo el día 15 de mayo del presente año a las 8:00 am.

CUESTIONARIO

FECHA: _____ N° DE CUESTIONARIO: _____

Este cuestionario servirá para el llenado de datos importantes en nuestro proyecto acerca de “Los adultos mayores de 60 a 75 años”. Puede confiar en que será tratado de manera confidencial.

I. DATOS PERSONALES

Edad: ____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Peso: _____ (Kg) Estatura: _____ IMC: _____

Escolaridad: _____

II. DATOS FAMILIARES

1. ¿Vive su esposo (a)?
a) Si b) no si responde que no, con quién vive: _____
2. En su casa, ¿quién más vive? _____
3. ¿Quién está al pendiente de sus cuidados? _____
4. ¿Quién se encarga de preparar los alimentos? _____
5. ¿Usted come sólo o alguien más lo acompaña?
a) Solo b) acompañado
6. ¿Consume solo sus alimentos o alguien más le ayuda?
7. ¿Se siente apoyado por su familia?
a) Si b) no

III. DATOS ECONÓMICOS

8. ¿Recibe usted apoyo económico de algún familiar?

a) Sí b) No de quién_____

9. ¿Usted trabaja?

a) Sí b) No ¿En qué?_____

10. ¿Se siente satisfecho con su vida económica?

a) Sí b) No

11. ¿En que gasta usted su dinero propio?

-Comida -Ropa -Electrodomésticos -Deudas -Para
gastos de su casa -Le da gastos a sus nietos

12. ¿Usted se hace cargo de alguien?

a) Sí b) No

13. ¿Recibe usted algún apoyo de gobierno?

a) Sí b) No

IV. HÁBITOS ALIMENTICIOS

14. ¿Cómo considera usted su alimentación?

a) Buena b) regular c) mala

15. ¿Sabe usted qué es la desnutrición?

a) Sí b) No

Si respondió que sí, qué sabe:

16. ¿Conoce usted el plato del buen comer y la jarra del buen beber?

a) Sí b) No

Si respondió que sí, qué sabe:

17. ¿Consume Frutas por lo menos 3 veces a la semana?

a) A veces b) Muy pocas veces c) Frecuentemente

18. ¿Consume huevos, queso, leche por lo menos 3 veces a la semana?

a) A veces b) Muy pocas veces c) Frecuentemente

19. ¿Consume verduras por lo menos 3 veces a la semana?
a) A veces b) Muy pocas veces c) Frecuentemente
20. ¿Cuántas tortillas se come en cada comida?
a) Una b) Dos c) Tres d) Más de 4 ¿Cuántas? _____
21. ¿Cuántas comidas hace al día?
a) Una b) Dos c) Tres d) Más de 4 ¿Cuántas? _____
22. ¿Siente usted los sabores de la comida?
a) Sí b) No c) Poco
23. ¿Siente usted los olores de la comida?
a) Sí b) No c) Poco
24. ¿Le gusta la comida que le preparan?
a) Sí b) No
25. ¿Consume usted carnes rojas?
a) Sí b) No c) A veces
26. ¿Cuáles son sus horarios de comida?
27. ¿Come a la misma hora todos los días?
28. ¿Se le dificulta consumir (comer, triturar) algunos alimentos?
a) Sí b) No
29. ¿Cuántos vasos de agua bebe al día?

V. SALUD

30. ¿Sufre usted de alguna enfermedad?

a) Sí b) no

Si respondió que sí, cuál_____

31. ¿Cada cuánto va al médico?

32. ¿Quién lo acompaña a sus citas médicas?

33. ¿Ha perdido peso en el curso de los últimos meses?

a) Sí b) No

34. ¿Tiene buen apetito?

a) Sí b) No

35. ¿Considera usted que escucha bien?

a) Sí b) No

36. ¿Los problemas para oír han causado discusiones en su familia?

Sí No

37. ¿Qué tan buena considera su vista?

a) Buena c) Regular c) Mala

38. ¿Usted consume alcohol o tabaco?

a) Si b) no

VI.- AUTOESTIMA

39. ¿Le gusta como lo tratan todos los días?

a) Sí b) No ¿Por qué? _____

40. ¿Qué es lo que más disfruta hacer con su familia?

41. ¿Su familia lo involucra en actividades diarias?

a) Si b) No

42. ¿Le gustan las fiestas familiares?

a) Sí b) No ¿Por qué? _____

43. ¿Prefiere salir o quedarse en casa?

a) Sí b) No ¿Por qué? _____

44. ¿Qué opina de la vida?

45. ¿Es usted feliz?

a) Si b) no

VII.- EDUCACIÓN

46. ¿Ha escuchado el tema de desnutrición?

a) Si b) no

Si responde que sí, de dónde _____

47. ¿Usted recibe asesoría sobre la buena alimentación?

a) Si b) no

48. ¿Pone en práctica lo que le enseñan a cerca de la buena alimentación?

GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. ¿La persona es delgada?
2. ¿Su familia está pendiente de él?
3. ¿Cuenta con lo necesario para vivir solo?
4. ¿Lo tratan bien?
5. ¿Se ve feliz o entusiasta?
6. ¿Atienden los familiares a las visitas del adulto mayor?
7. ¿Cuenta con ropa limpia y zapatos cómodos?
8. ¿Los familiares prestan atención a sus preguntas?
9. ¿La persona que lo cuida está al tanto de lo que necesita?
10. ¿El adulto mayor se mueve por sí solo?
11. ¿Vive en casa propia?
12. ¿Tiene úlceras o lesiones en Miembros superiores e inferiores?
13. ¿De qué material es la casa donde vive?
14. ¿Cuentan con agua potable?
15. ¿Cuenta con Luz?
16. ¿Tienen drenaje (fosa, letrina)?
17. ¿Vive acompañado?
18. Probabilidad de desnutrición:
19. Que tan sano se ve 1-10
20. ¿Usa bastón para caminar?
21. ¿Toma agua hervida o de la llave?
22. ¿escucha con regularidad?
23. ¿El adulto mayor presta atención?

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO

El día miércoles quince de mayo del presente año se realizó la aplicación de las encuestas, fichas de observación, pláticas del plato del buen comer y la jarra del buen beber, además de entregarles trípticos acerca de la adecuada alimentación en el adulto mayor, este trabajo de campo se realizó a 30 personas en sus domicilios, se llevó a cabo en un promedio de diez horas, esta investigación fue realizada por los tesisistas profesionistas en enfermería del 9° cuatrimestre, único escolarizado del campus de la Frontera.

Cabe destacar que este proceso de investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria obteniendo los resultados de participación deseada.

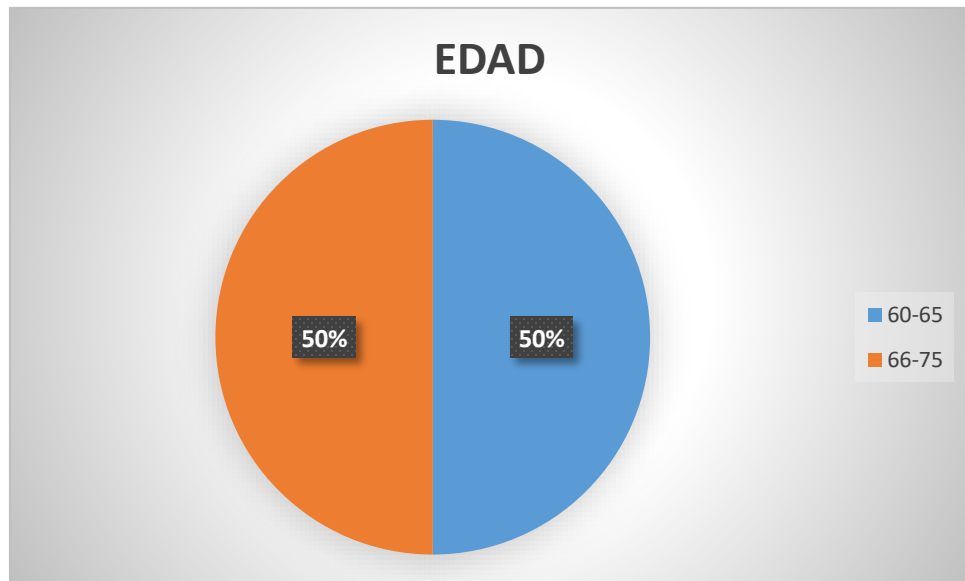
En el siguiente apartado se presentan los resultados a través de tablas y gráficas, que nos permitieron realizar un análisis e interpretación de la información para identificar los factores que influyen a la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años.

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

I.DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EDAD	60-65	15	50
	66-75	15	50
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
SEXO	MASCULINO	10	33.3
	FEMENINO	20	66.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
OCUPACIÓN	COSTURERA	1	3.3
	AMA DE CASA	19	63.3
	AGRICULTOR	9	30.0
	ALBAÑIL	1	3.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
IMC	PESO BAJO	4	13.3
	PESO NORMAL	15	50
	SOBRE PESO	6	20
	OBESIDAD	5	16.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
NIVEL ACADÉMICO	PRIMARIA	20	66.7
	SECUNDARIA	1	3.3
	ANALFABETA	9	30
	TOTAL	30	100

GRÁFICA 1



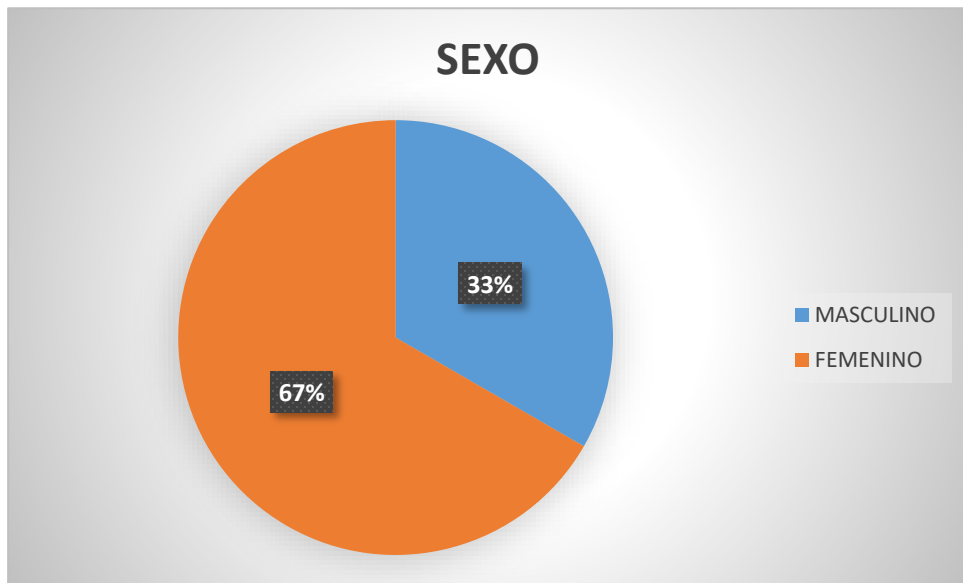
ANÁLISIS

El resultado de la gráfica es de un 50% de edades entre 60-65 años y el otro 50% es de 66-75 años.

INTERPRETACIÓN

Según los datos arrojados en la gráfica los encuestados fluctúan en edades propensas a sufrir desnutrición.

GRÁFICA 2



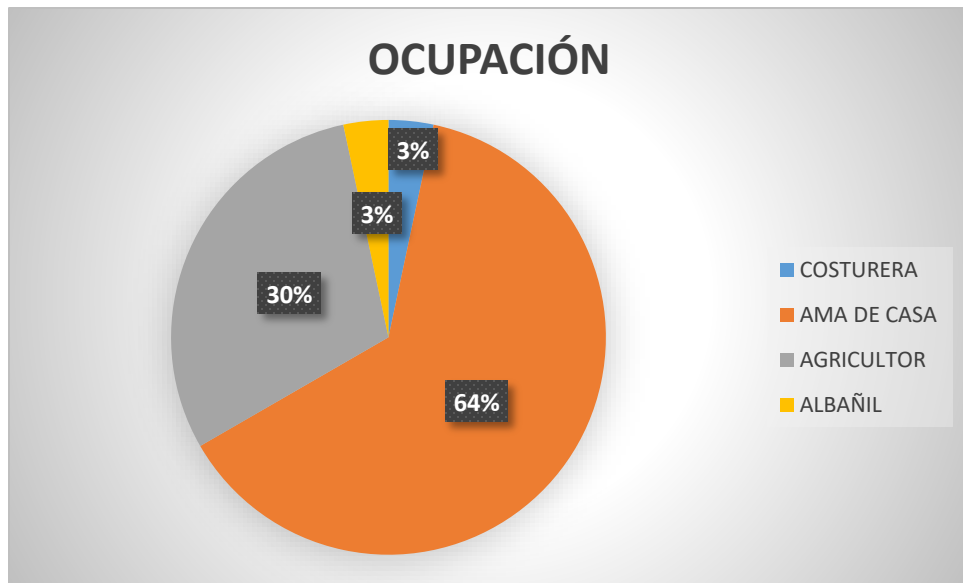
ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados de la gráfica el 67% son del sexo femenino y el 33% son del sexo masculino.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica la mayoría de los encuestados pertenece al sexo femenino.

GRÁFICA 3



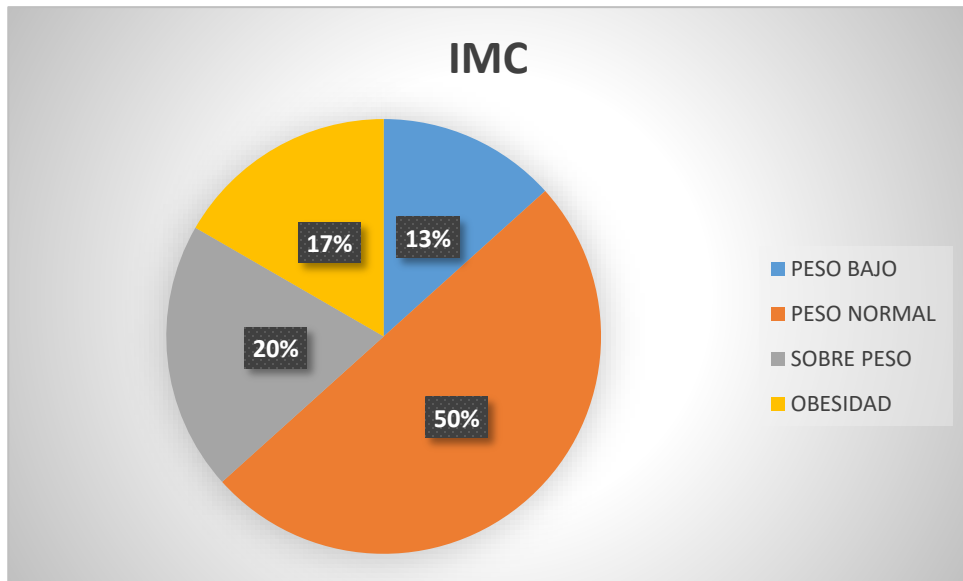
ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados de la gráfica el 64% son amas de casa, el 30% son agricultores, 3% de albañil y el 3% restante son costureras.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la gráfica la mayoría son amas de casa, los cuales son más propensos al estrés que genera estar en casa.

GRÁFICA 4



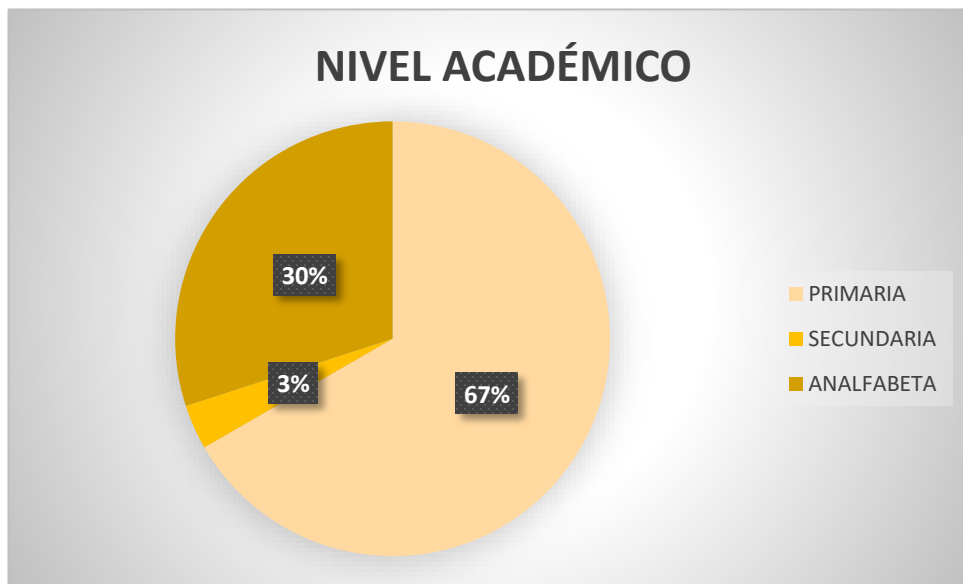
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica nos indican que el 50% se encuentra en un peso normal, el 20% se encuentran en sobre peso, el 17% se encuentra en obesidad y el 13% tienen un peso bajo.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica el porcentaje menor se encuentra en un peso bajo, lo cual son más propensos a padecer desnutrición.

GRÁFICA 5



ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica nos indican que el 67% estudiaron la primaria, 30% son analfabetas y el 3% termino la secundaria.

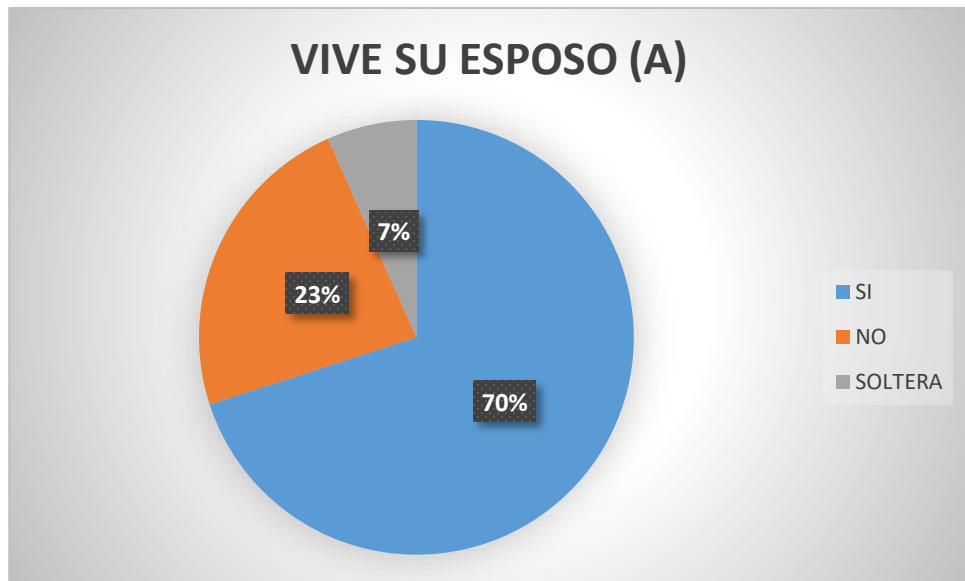
INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica existe un porcentaje menor el cual no tienen conocimientos del tema y a su vez, tienen conocimientos erróneos de él. Esto conlleva a que sean una cierta población más vulnerable a padecer desnutrición.

II DATOS FAMILIARES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
VIVE SU ESPOSO (A)	SI	21	70
	NO	7	23.3
	SOLTERA	2	6.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
N° HABITANTES	7 PERSONAS	1	3.3
	6 PERSONAS	4	13.3
	5 PERSONAS	8	26.7
	4 PERSONAS	7	23.3
	3 PERSONAS	4	13.3
	2 PERSONAS	6	20
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	ESPOSA	20	66.7
	HIJOS	3	10
	OTROS	7	23.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
COMPAÑÍA EN LOS ALIMENTOS	SOLO	5	16.7
	ACOMPANADO	25	83.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
MANERA DE ALIMENTARSE	INDEPENDIENTE	30	100
	DEPENDIENTE	0	0.0
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
APOYO FAMILIAR	SI	28	93.3
	NO	2	6.7
	TOTAL	30	100

GRÁFICA 1



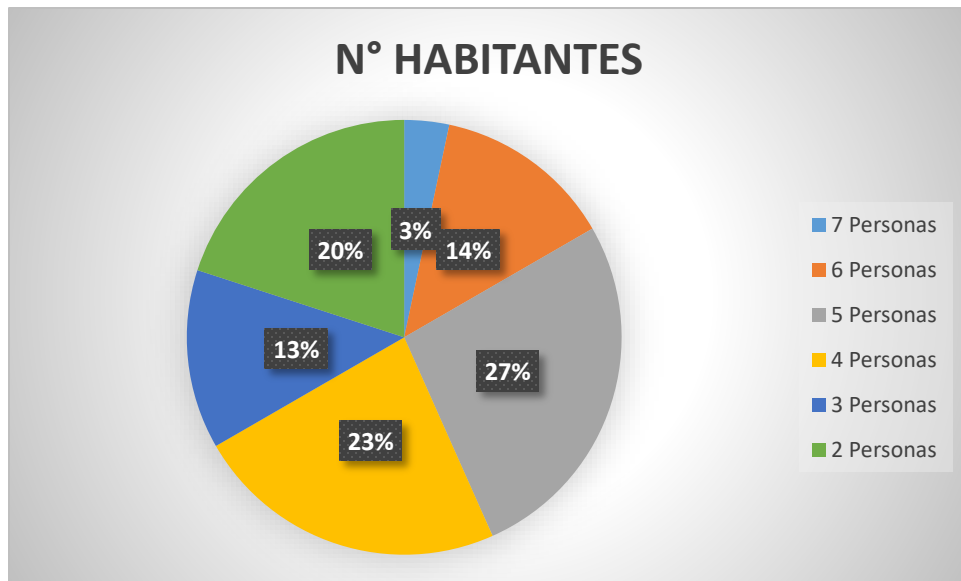
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica indican que el 70% si vive su pareja y el 23% han fallecido, mientras que el 7% son solteras.

INTERPRETACIÓN

Los datos reflejados en la gráfica nos indican que la mayoría de la población vive acompañada de su pareja, lo cual le es benéfico para prevenir la desnutrición.

GRÁFICA 2



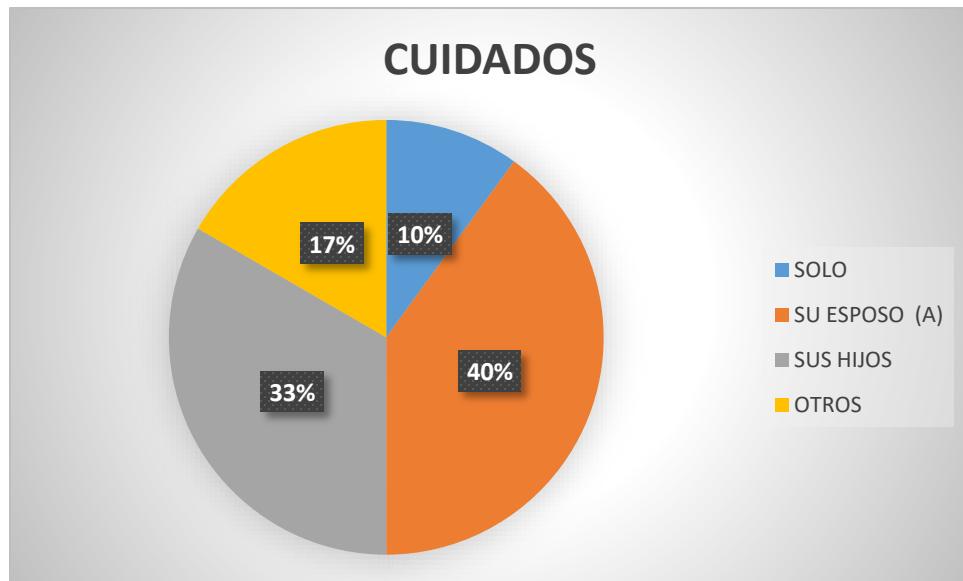
ANÁLISIS

De acuerdo a la gráfica el 27% viven con 5 personas, el 23% viven con 4 personas, el 20 % viven con su pareja, el 14% vive con 6 personas, el 13% vive con 3 personas y el 3% vive con 7 personas.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica la mayoría vive acompañada de sus familiares lo cual es de beneficio para prevenir la desnutrición en el adulto mayor.

GRÁFICA 3



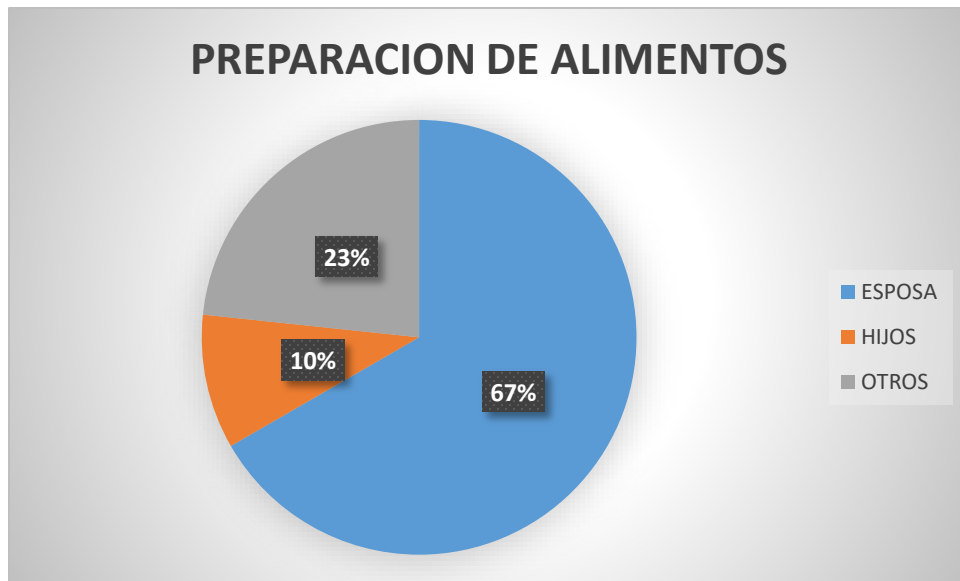
ANÁLISIS

Según los resultados obtenidos en las gráficas el 40% de ellos se cuidan como pareja, el 33% los hijos, el 17% otras personas y el 10% solos.

INTERPRETACIÓN

Conforme los resultados de la gráfica la mayoría de los encuestados se cuidan mutuamente en pareja por lo tanto eso les brinda un mayor beneficio puesto que ambos están al tanto del uno al otro.

GRÁFICA 4



ANÁLISIS

Concorde a los resultados de la gráfica el 67% prepara los alimentos su esposa, el 23% los preparan otros y el 10% se encargan sus hijos.

INTERPRETACIÓN

Por los resultados de la gráfica la mayor parte de los encuestados indico que el encargado de preparar los alimentos en casa es su pareja, esto conlleva a que ambos tendrán la misma alimentación, pero eso no asegura que sea una buena alimentación.

GRÁFICA 5



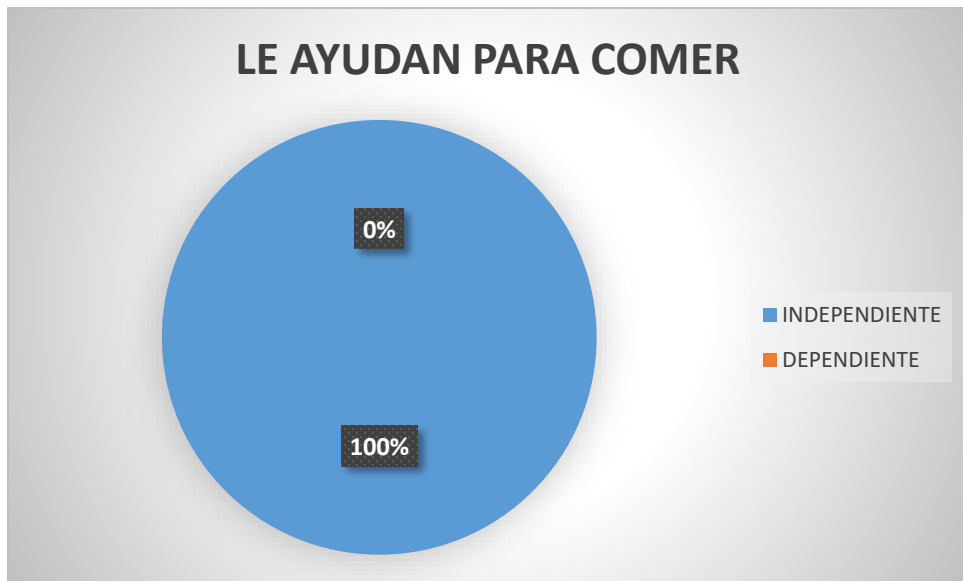
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica indican que el 83% comen acompañados y el 17% comen solos.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la gráfica la mayoría de los adultos mayores suelen comer en compañía de sus familiares lo cual les beneficia en alimentarse de manera agradable en relación con los demás.

GRÁFICA 6



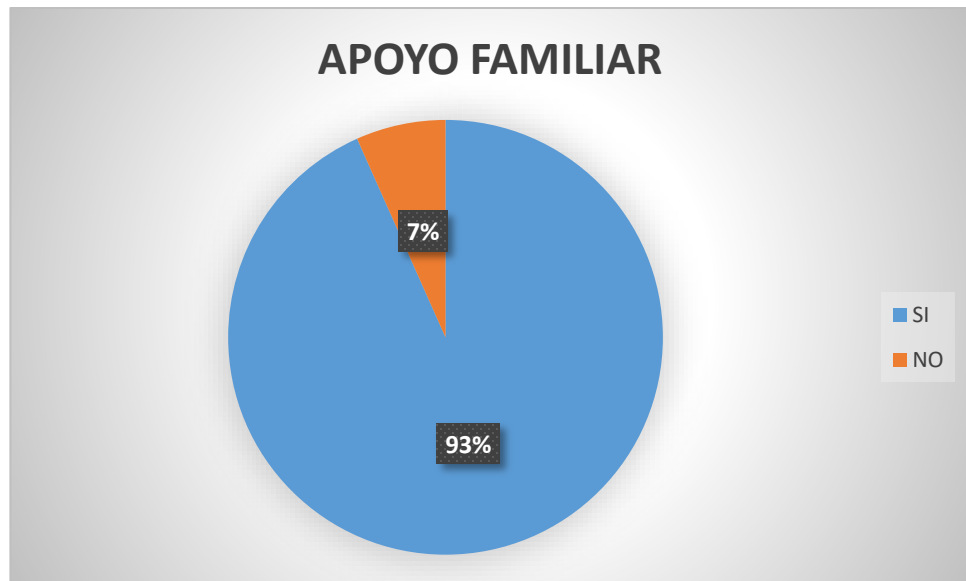
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica especifican que el 100% comen independientemente.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la gráfica todos los encuestados pueden alimentarse por sí solos y aun realizan otras actividades que son importantes para ellos, lo cual es útil para prevenir la desnutrición.

GRÁFICA 7



ANÁLISIS

La gráfica indica que el 93% cuenta con apoyo familiar y el 7% no cuentan con él.

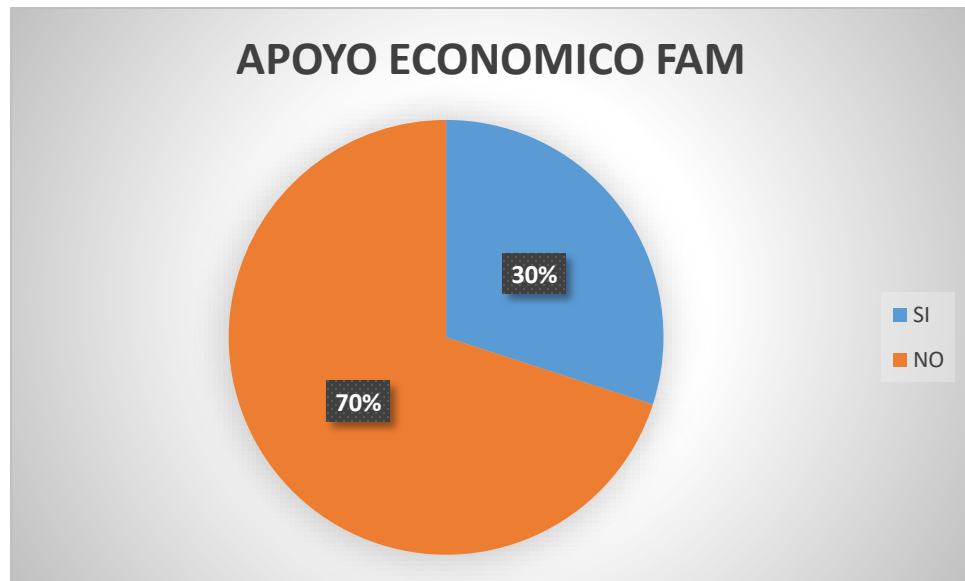
INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica la mayor parte de los adultos mayores cuenta con la atención y el apoyo familiar que ellos necesitan. Esto es provechoso para evitar una desnutrición.

III DATOS ECONÓMICOS

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
APOYO ECONOMICO DE FAMILIARES	SI	9	30
	NO	21	70
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
TRABAJA	SI	11	36.7
	NO	19	63.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
SATISFACCION ECONOMICO	SI	19	63.3
	NO	11	36.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
INVERCION DE DINERO PROPIO	COMIDA	14	46.7
	GASTOS DE SU CASA	8	26.7
	TRABAJO	4	13.3
	OTROS	4	13.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CUIDA A ALGUIEN	SI	13	43.3
	NO	17	56.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
APOYO DE GOBIERNO	SI	16	53.3
	NO	17	56.7
	TOTAL	30	100

GRÁFICA 1



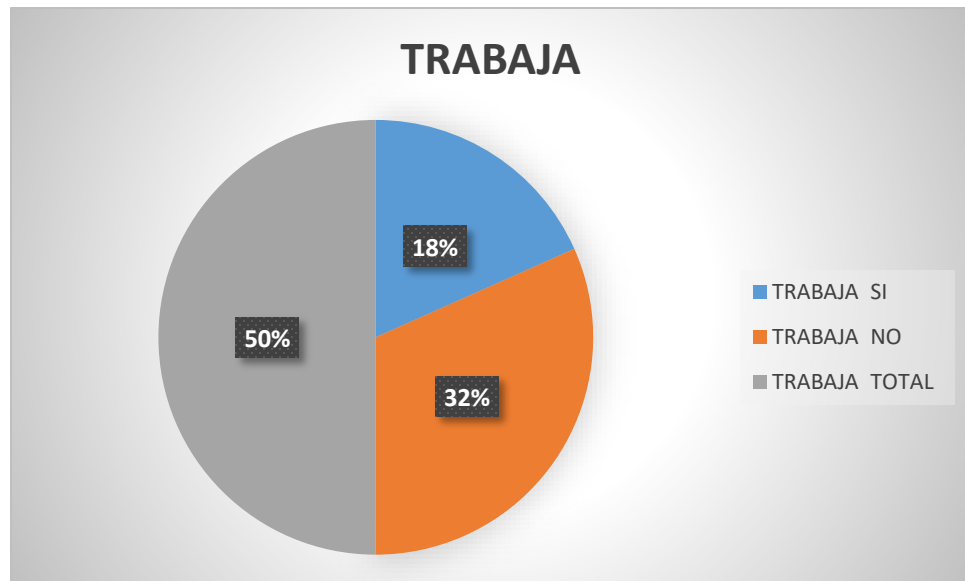
ANÁLISIS

De acuerdo a la gráfica el 70% no recibe apoyo económico familiar y el 30% si cuenta con él.

INTERPRETACIÓN

Con forme a los resultados obtenidos en la gráfica se estima que la mayor parte no recibe apoyo económico familiar, por lo tanto esto puede conllevar a una mala nutrición, por la fala económica que ellos presentan.

GRÁFICA 2



ANÁLISIS

Los resultados en la gráfica nos dicen que el 63% no trabaja y el 37% si trabaja.

INTERPRETACIÓN

Debido a la gráfica, nos indica que a mayoría de los adultos mayores ya no trabaja y se dedican a cosas cotidianas como estar en casa o realizar tareas fáciles dentro de ella, esta rutina los puede llevar a padecer una desnutrición.

GRAFICA 3



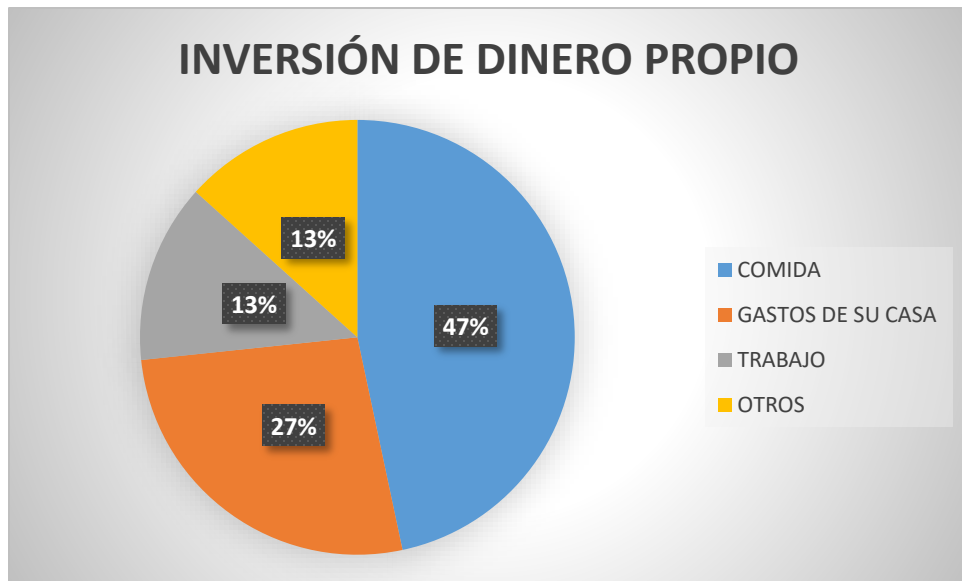
ANÁLISIS

De acuerdo a la gráfica el 63% está satisfecho económicamente y el 37% no está satisfecho económicamente hablando.

INTERPRETACIÓN

Los resultados en la gráfica indican que la mayoría se encuentra satisfecho económicamente, esto los beneficia debido a sus recursos para mantener una alimentación saludable.

GRÁFICA 4



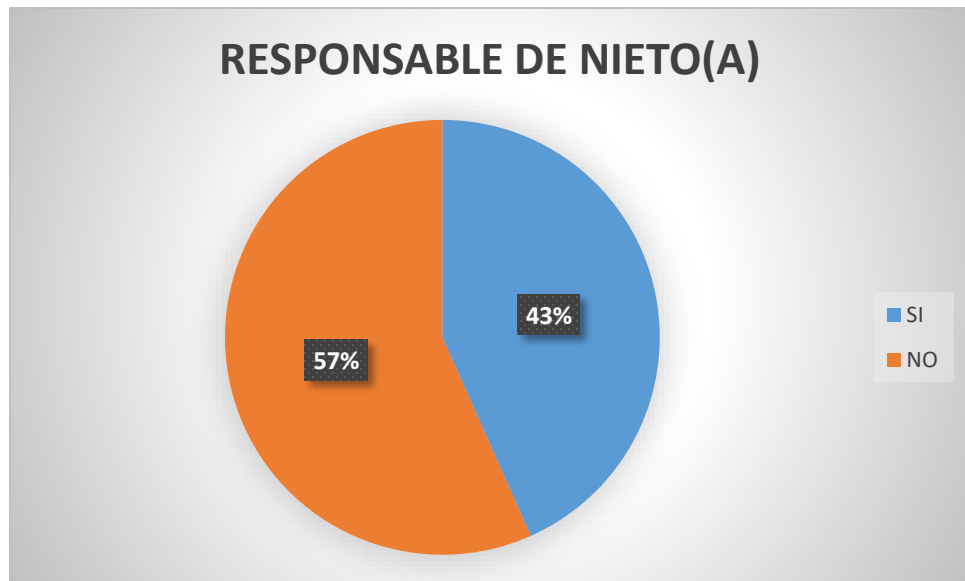
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica indican que el 47% de ellos invierte su dinero propio en comida, el 27% en gastos de su casa, el 13% en su trabajo y el 13% en otros.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica la mayoría de las personas adultas piensan en invertir su dinero para comprar sus alimentos, esto significa que pueden evitar la desnutrición.

GRAFICA 5



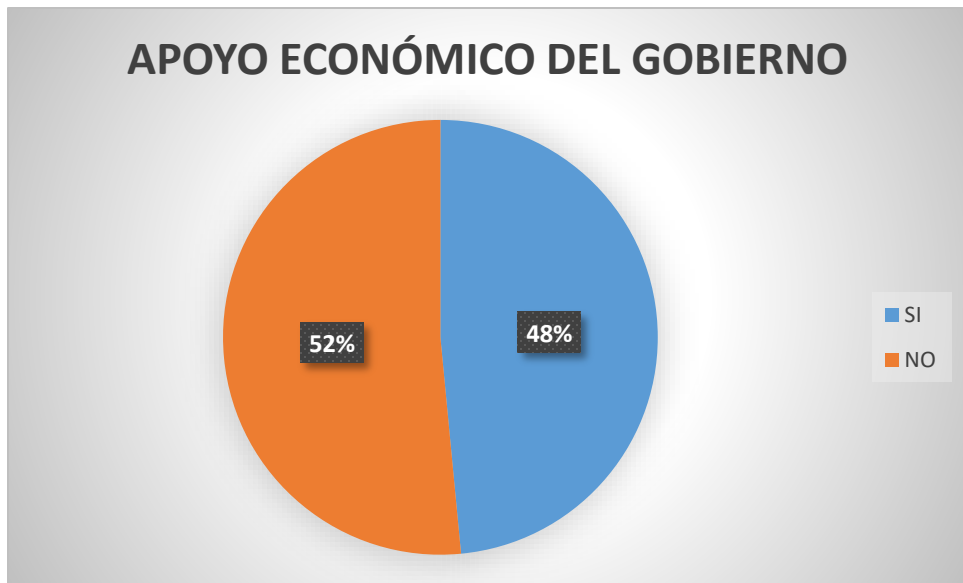
ANÁLISIS

El resultado en la gráfica indica que el 57% no se hace cargo de nadie y el 43% aun cuida a sus nietos.

INTERPRETACIÓN

Debido a los resultados de la gráfica la mayoría de los adultos mayores aún se hace responsable de cuidar a sus nietos, lo cual los hace más vulnerables a padecer enfermedades por el descuido propio y con ello pueden padecer desnutrición.

GRAFICA 6



ANÁLISIS

El resultado de la gráfica indica que el 52% no recibe apoyo económico del gobierno y el 48% si recibe parte de.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica la mayoría recibe un apoyo económico del gobierno, por lo tanto esto les beneficia en su salud.

IV HÁBITOS ALIMENTICIOS

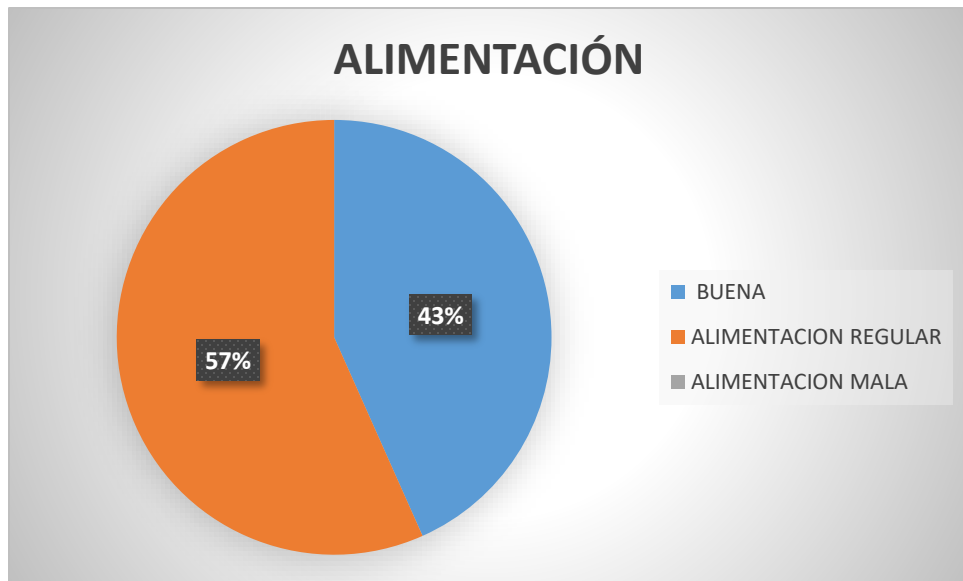
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
ALIMENTACIÓN	BUENA	13	43.3
	REGULAR	17	56.7
	MALA	0	0
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CONOCIMIENTO DE LA DESNUTRICION	SI	20	66.7
	NO	10	33.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
JARRA Y PLATO DEL BUEN COMER	SI	10	33.3
	NO	20	66.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CONSUME FRUTAS	A VECES	0	0.0
	MUY POCO	7	23.3
	CON FRECUENCIA	23	76.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CONSUME FRUTAS	A VECES	0	0.0
	MUY POCO	7	23.3
	CON FRECUENCIA	23	76.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CONSUME VERDURAS	A VECES	0	0.0
	MUY POCO	1	3.3
	CON FRECUENCIA	29	96.7
	TOTAL	30	100

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CONSUMO DE TORTILLAS	UNO	0	0.0
	DOS	2	6.7
	TRES	11	36.7
	> CUATRO	17	56.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
COMIDAS AL DÍA	UN	0	0
	DOS	11	36.7
	TRES	19	100
	TOTAL	30	

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
SABOR A LA COMIDA	SI	28	93.3
	NO	2	6.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
OLORES DE LA COMIDA	SI	27	90.0
	NO	3	10
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
LE GUSTAN LO QUE LE PREPARAN	SI	29	96.7
	NO	1	3.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CONSUMO DE CARNES ROJAS	SI	20	66.7
	NO	10	33.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
ALIMENTOS EN EL MISMO HORARIO	SI	18	60.0
	NO	12	40
	TOTAL	30	100

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
DIFICULTAD AL ALIMENTARSE	SI	12	40.0
	NO	18	60
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
VASOS DE AGUA	CERO	1	3.3
	DOS A CINCO	19	63.3
	CINCO A DIEZ	10	33.3
	TOTAL	30	100

GRÁFICA 1



ANÁLISIS

Conforme a la gráfica indica que el 57% se alimenta con regularidad y el 43% se alimenta de buena manera.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la gráfica la mayor parte de los encuestados cuenta con una alimentación regular, por lo tanto ellos son un grupo vulnerable a padecer desnutrición.

GRÁFICA 2



ANÁLISIS

La grafica nos muestra que el 67% conoce el tema de desnutrición y el 33% restante no sabe nada del tema.

INTERPRETACIÓN

Los resultados de la gráfica indican que la mayoría si tiene conocimiento del tema desnutrición, eso es útil para que ellos mantengan una alimentación saludable y así evitar la desnutrición.

GRAFICA 3



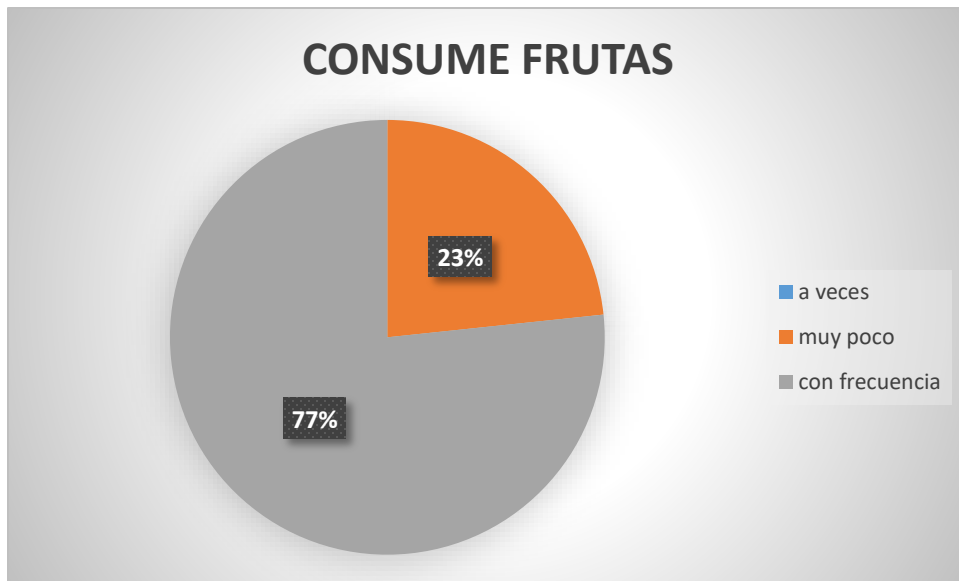
ANÁLISIS

La gráfica nos muestra que el 67% si conocen el plato y la jara del buen beber y el 33% no conocen ninguno de los dos.

INTERPRETACIÓN

Por los resultados obtenidos en la gráfica indican que un porcentaje mayor de ellos conocen acerca del plato del buen comer y la jarra del buen beber, esto les beneficia para tener una alimentación balanceada y así evitar la desnutrición.

GRÁFICA 4



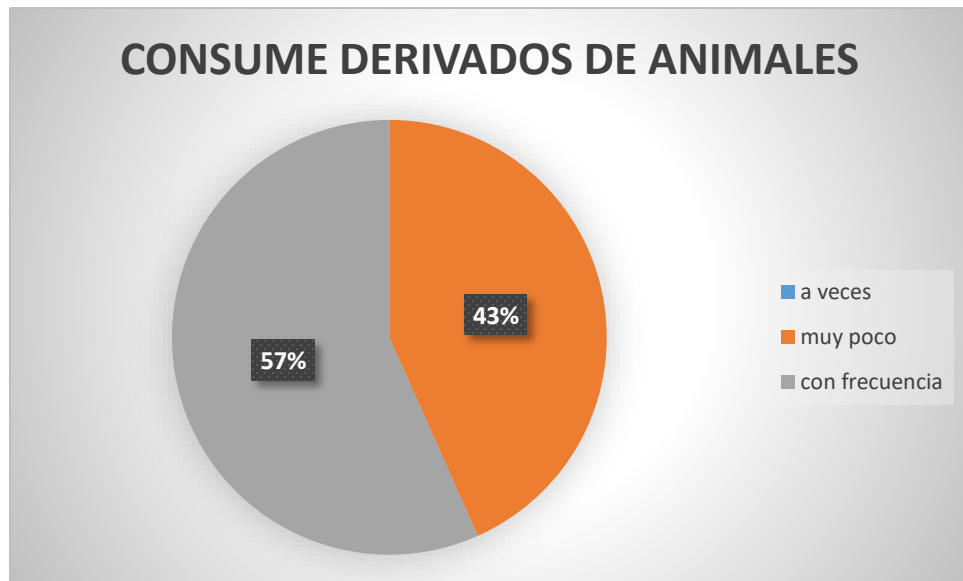
ANÁLISIS

Según la gráfica el 77% consume frutas con frecuencia y el 23% lo consume muy pocas veces.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica la mayor parte de ellos si consume frutas en su alimentación diaria, por lo tanto son una población menos propensa a padecer desnutrición.

GRÁFICA 5



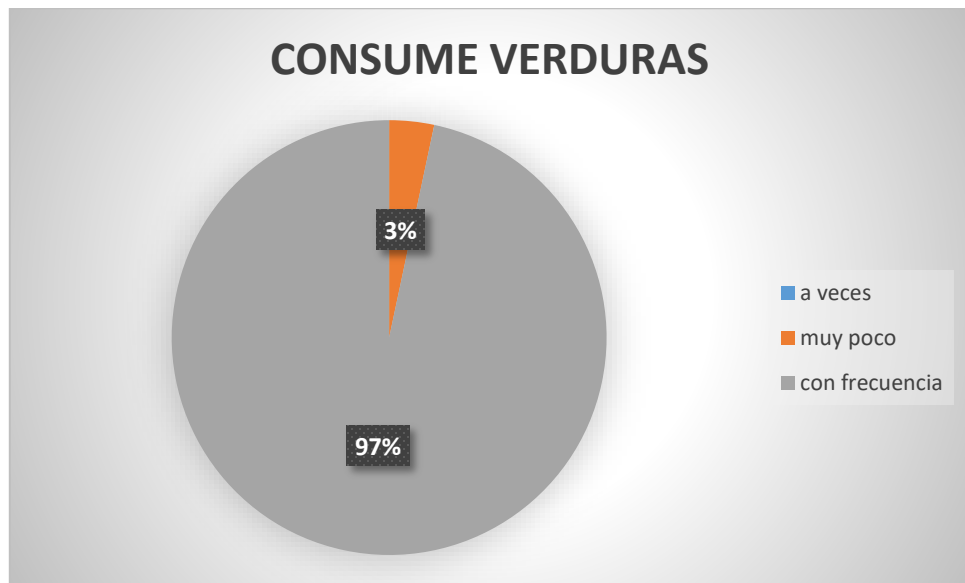
ANÁLISIS

Con forme a los resultados de la gráfica el 57% consume derivados de animales y el 43% muy pocas veces.

INTERPRETACIÓN

Los resultados arrojados por la gráfica indican que la mayor parte de ellos consume carnes rojas en su alimentación, por lo tanto es uno de los grupos menos riesgosos de padecer desnutrición.

GRÁFICA 6



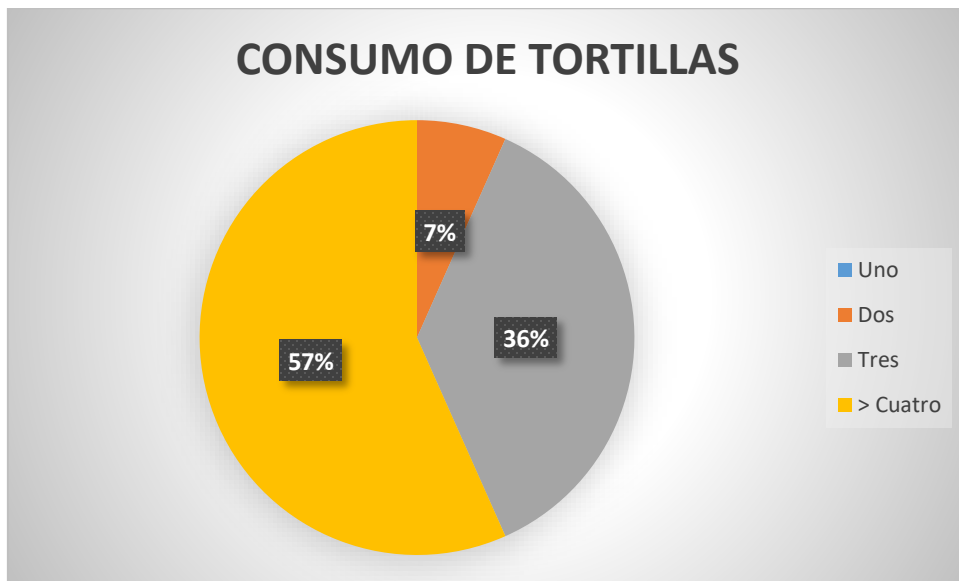
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica son de 97% con mayor frecuencia que el 3% restante.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica casi la mayor parte de ellos consume verduras en su alimentación diaria, por ello significa que tienen una mejor alimentación, más saludable y así mismo pueden evitar la desnutrición.

GRÁFICA 7



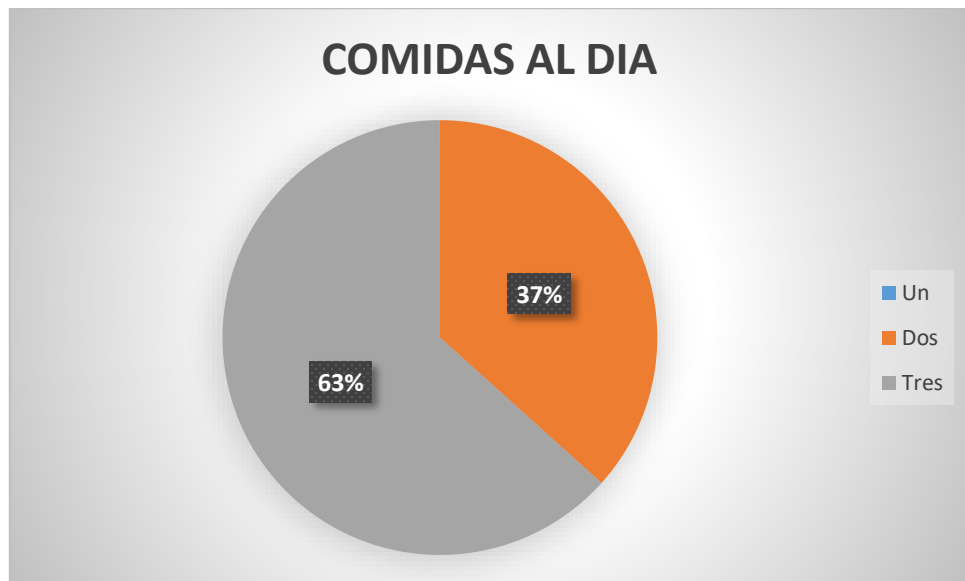
ANÁLISIS

La grafica indica que el 57% consume más de 4 tortillas y el 36% consume tres tortillas y el 7% dos tortillas.

INTERPRETACIÓN

Los resultados de la gráfica indican que gran parte de los adultos mayores consume tortillas en mayor cantidad, lo cual es útil para no padecer desnutrición.

GRÁFICA 8



ANÁLISIS

Conforme a los resultados de la gráfica el 63% realiza 3 comidas al día y el 37% 2 comidas diarias.

INTERPRETACIÓN

Los resultados de la gráfica indican que la mayoría consumen todas las comidas necesarias al día y esto los beneficia a no padecer desnutrición.

GRÁFICA 9



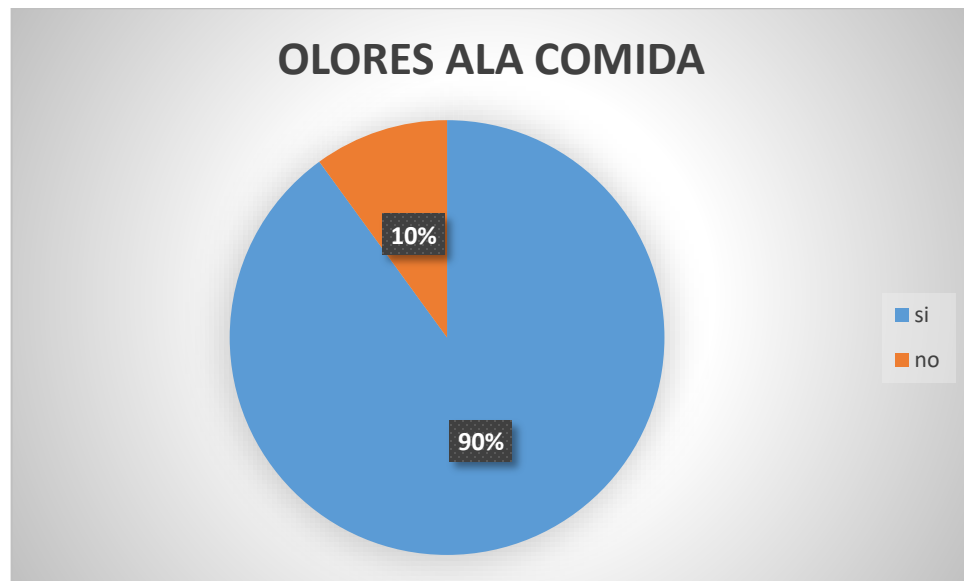
ANÁLISIS

La gráfica nos indica que el 93% no ha perdido el sabor de la comida y el 7% ya la perdió.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica nos indican que la mayoría de los adultos mayores aun perciben los sabores de las comidas que les preparan, esto sirve para evitar una desnutrición en el adulto mayor.

GRÁFICA 10



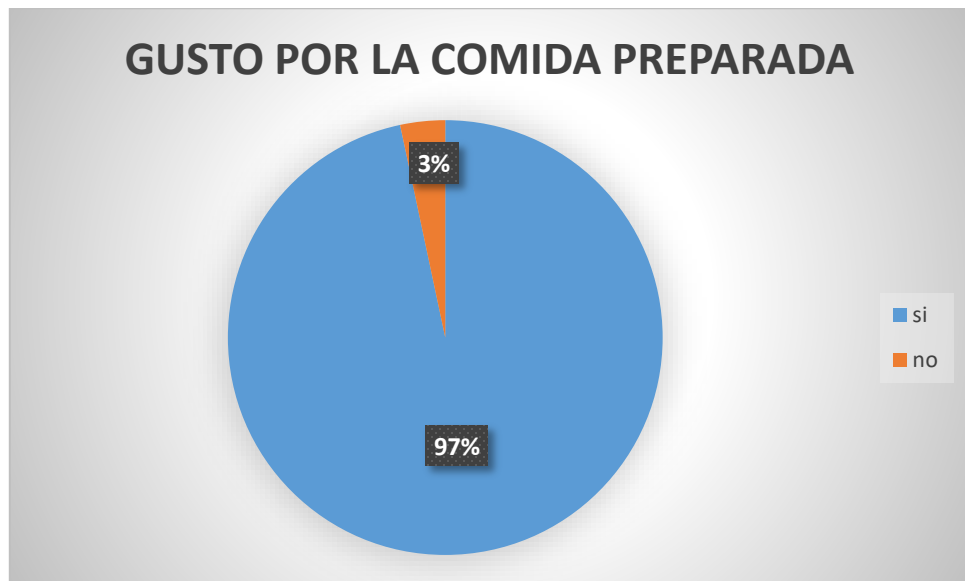
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica nos dicen que el 90% aún tienden a percibir los olores y el 10% no percibe olores a la comida.

INTERPRETACIÓN

Por los resultados de la gráfica la mayoría de los adultos mayores aun perciben los olores de la comida que le preparan, por lo tanto le ayuda a mantener un mejor apetito y es de beneficio para su salud.

GRÁFICA 11



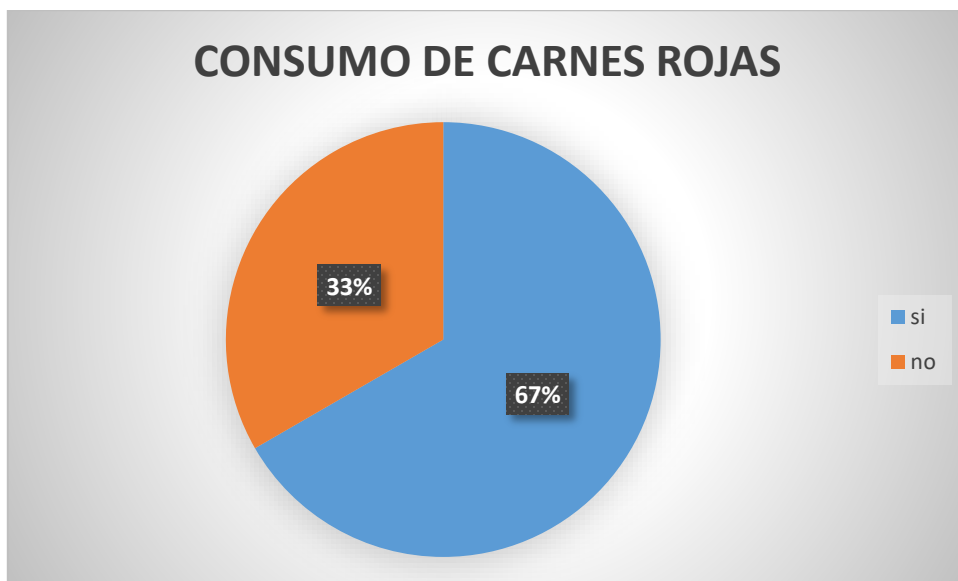
ANÁLISIS

El resultado de la gráfica muestra que el 97% le gusta la comida que preparan y 3% no son de su agrado.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica para la mayor parte de ellos resultan ser agradables los alimentos que les preparan y los disfrutan más, esto es muy útil para ellos debido a que así prevenimos la desnutrición.

GRÁFICA 12



ANÁLISIS

De acuerdo a la gráfica el 67% si consume carnes y el 33% no lo hace.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica en su mayoría consumen carnes rojas eso le ayuda a su buena alimentación y además previene la desnutrición en los adultos mayores.

GRÁFICA 13



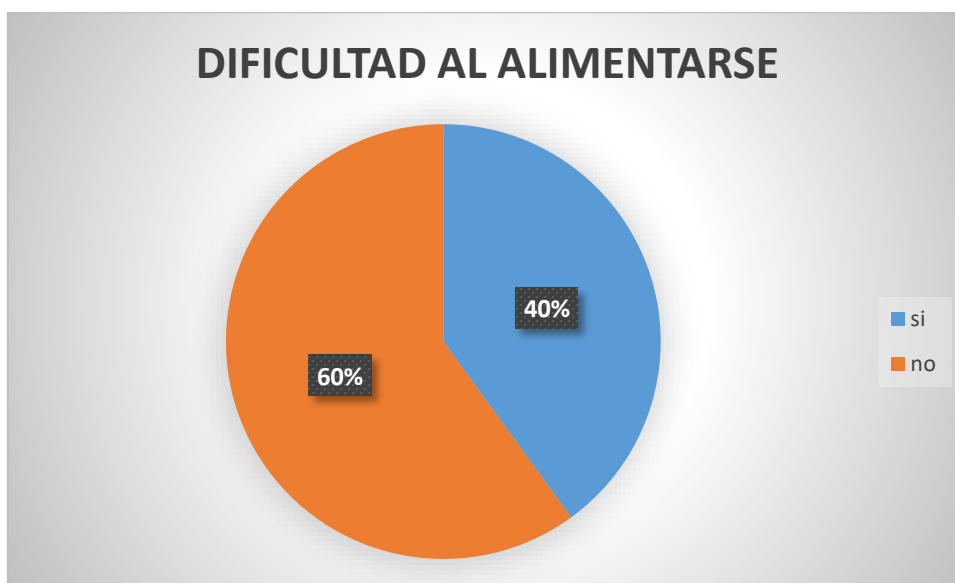
ANÁLISIS

La gráfica nos indica que el 60% consume sus alimentos a la misma hora y el otro 40% no realiza lo mismo.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica la mayoría de los encuestados ingieren sus alimentos en los mismos horarios todos los días, por lo tanto esto los beneficia en una mejor salud y previene la desnutrición.

GRÁFICA 14



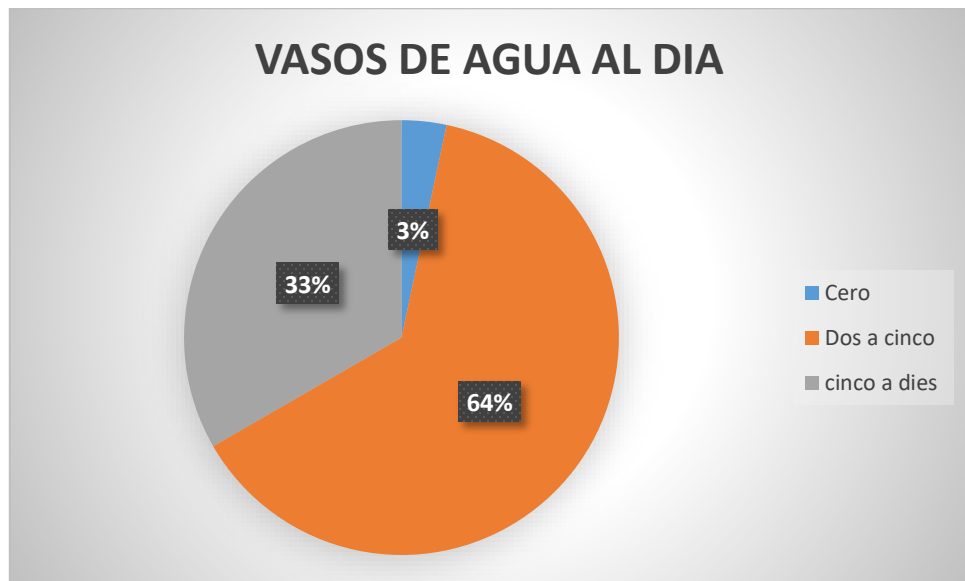
ANÁLISIS

La gráfica nos indica que el 60% no tiene dificultad al alimentarse y el 40% si presentan dificultad para alimentarse.

INTERPRETACIÓN

Los resultados de la gráfica indican que la mayor parte de los adultos mayores no cuentan con dificultad al ingerir sus alimentos, eso es benéfico para su salud y previene la desnutrición en el adulto mayor.

GRÁFICA 15



ANÁLISIS

La gráfica nos indica que el 64% bebe 2 vasos de agua al día, el 33% más de 5 y el 3% ningún vaso.

INTERPRETACIÓN

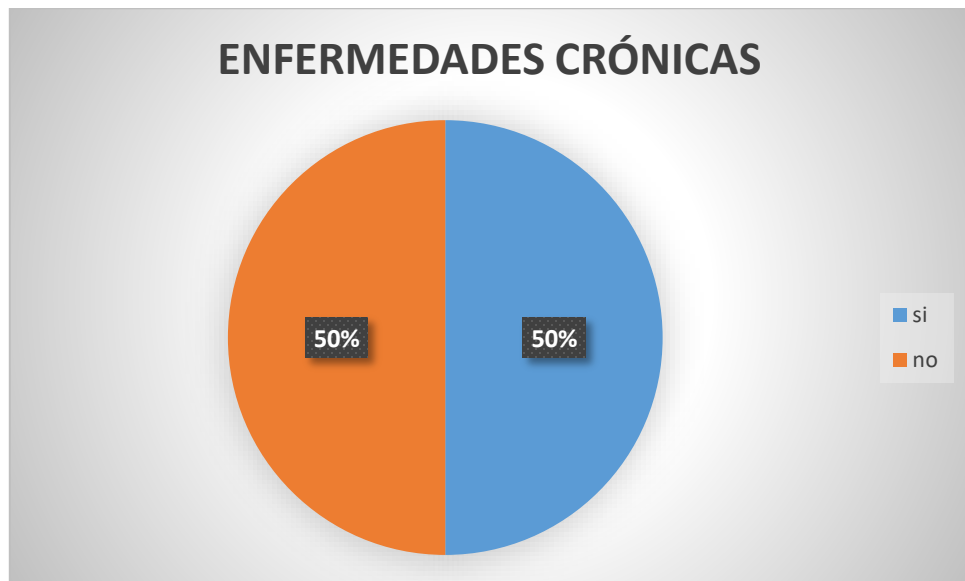
Los resultados de la gráfica indican que la mayoría de los encuestados bebe más de cinco vasos de agua al día, esto les ayuda a digerir más rápido sus alimentos y previenen la desnutrición.

V SALUD

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
ENFERMEDADES CRÓNICAS	SI	15	50.0
	NO	15	50
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
TIPOS DE ENFERMEDAD	DIABETES	2	13.3
	HIPERTENSIÓN	3	20
	OTROS	10	66.7
	TOTAL	15	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CITAS MEDICAS	CADA MES	10	33.3
	CADA 2 MESES	1	3.3
	2 VECES AL AÑO	16	53.3
	0 VECES	3	10.0
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
COMPAÑÍA EN CITAS	SOLO (A)	10	33.3
	HIJOS	11	36.7
	ESPOSA (O)	7	23.3
	NIGUNA	2	6.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
PERDIDA DE PESO	SI	10	33.3
	NO	20	66.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
BUEN APETITO	SI	25	83.3
	NO	5	16.7
	TOTAL	30	100

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
ESCUCHA BIEN	SI	28	93.3
	NO	2	6.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
PROBLEMAS POR NO OÍR	SI	2	6.7
	NO	28	93.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
SU VISTA	BUENA	10	33.3
	REGULAR	17	56.7
	MALA	3	100
	TOTAL	30	
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
TIENE VICIOS	SI		0.0
	NO	30	100
	TOTAL	30	100

GRÁFICA 1



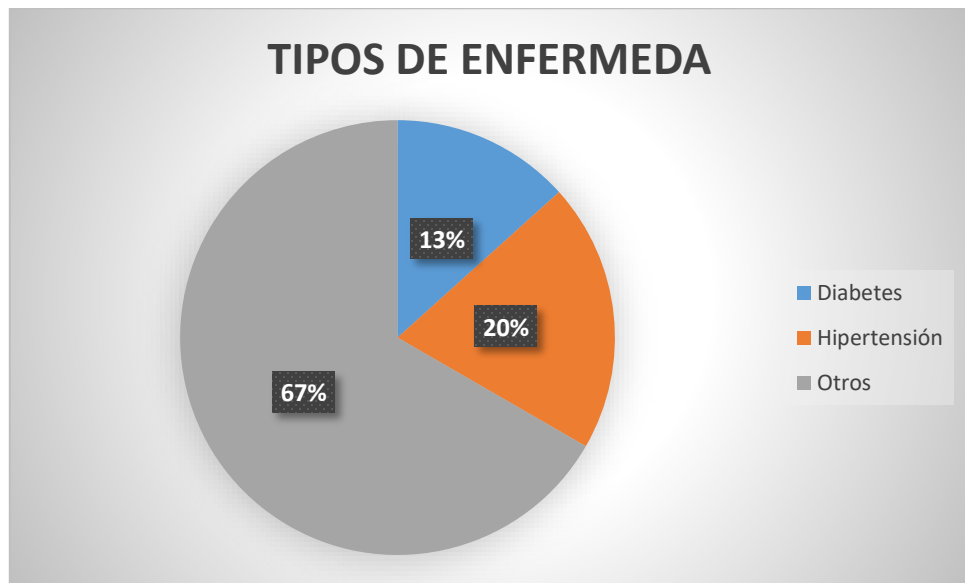
ANÁLISIS

La gráfica indica que un 50% presenta enfermedades crónicas y el otro 50% se encuentra sano.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica la mitad de los encuestados padecen enfermedades crónicas degenerativas, los cuales pueden ser uno de los principales factores que contribuyen a la desnutrición.

GRÁFICA 2



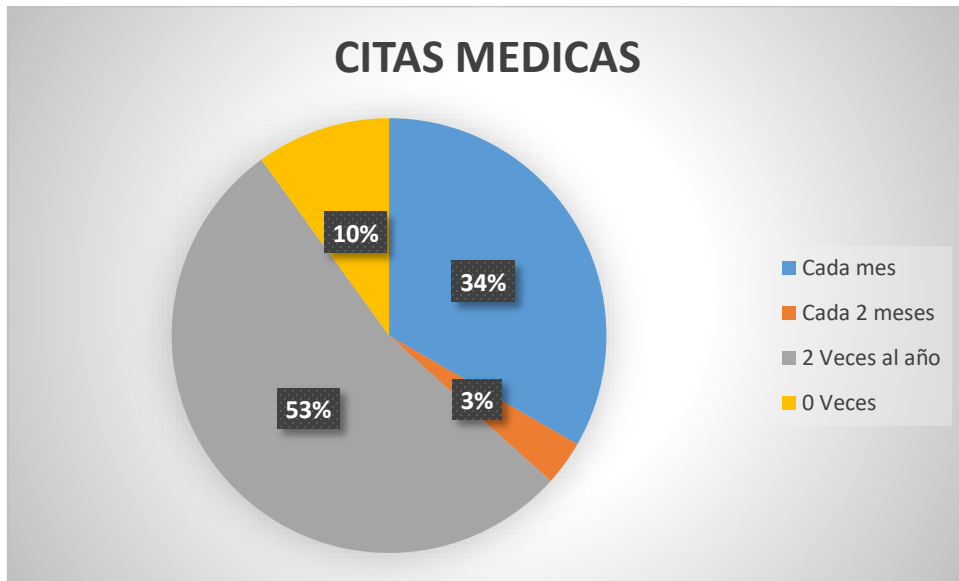
ANÁLISIS

La gráfica nos dice que el 67% cuenta con otros tipos de enfermedad, el 20% es hipertensa y 13% es diabética.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica la mayoría de los encuestados tienen enfermedades distintas a las más comunes.

GRÁFICA 3



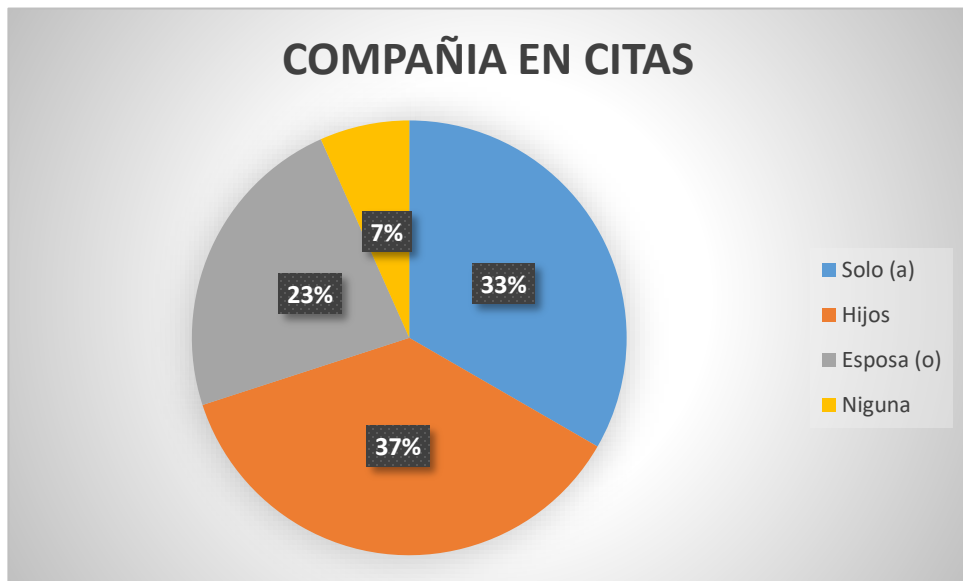
ANÁLISIS

La gráfica indica que el 53% acude a citas cada 2 veces al año, 34% va a citas cada mes, el 10% no va al médico y el 3% cada 2 meses.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica la mayoría de los encuestados asisten a sus citas médicas cada dos meses, por lo tanto, ellos son un grupo vulnerable que puede padecer desnutrición.

GRÁFICA 4



ANÁLISIS

La gráfica indica que el 37% no va a citas médicas, el 23% va con su esposo y el 7% lo acompaña su hijo (a).

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de las gráficas la mayoría de los encuestados no cuentan con citas médicas, no tienen ningún seguimiento de salud, por lo tanto, son un grupo vulnerable que puede padecer desnutrición.

GRÁFICA 5



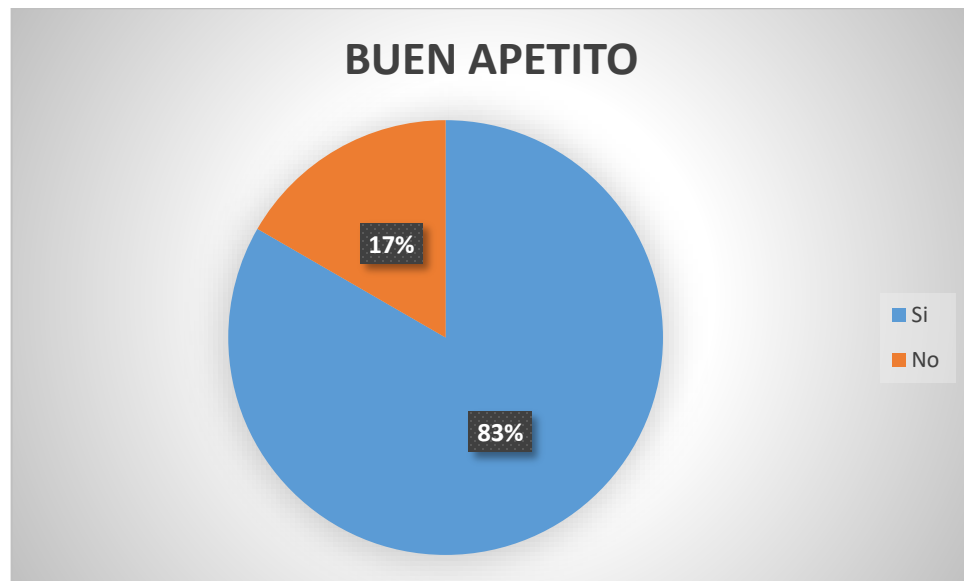
ANÁLISIS

La gráfica nos indica que el 67% no ha tenido pérdidas de peso y el 33% sí.

INTERPRETACIÓN

Como los resultados de la gráfica indican que más de la mitad de los encuestados no han perdido peso en el curso de los últimos meses, mientras tanto son un grupo vulnerable que puede padecer desnutrición.

GRÁFICA 6



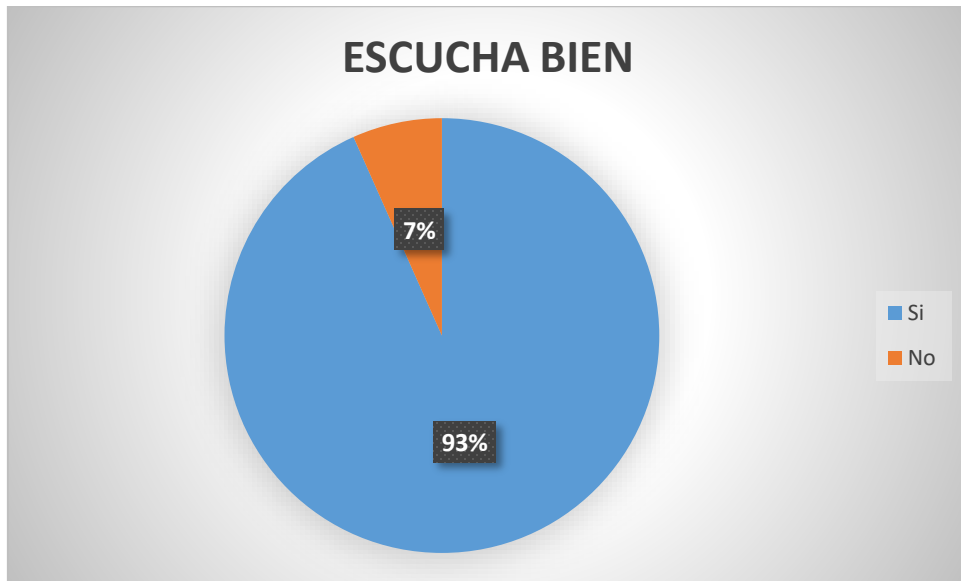
ANÁLISIS

La gráfica indica que el 83% no tiene buen apetito y el 17% si presenta buen apetito.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica más de la mitad de los adultos encuestados no tienen buen apetito, eso afecta a nivel nutricional por lo tanto pueden padecer desnutrición.

GRÁFICA 7



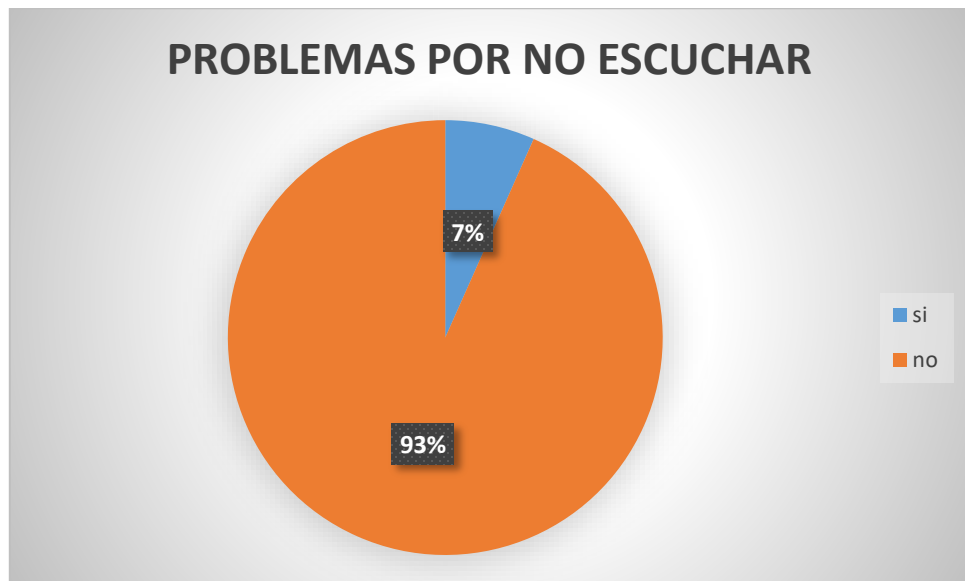
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica son: 93% si escucha bien y el 7% no.

INTERPRETACIÓN

Por los resultados de la gráfica indican que la mayor parte de los encuestados escuchan con normalidad, por lo tanto, no son vulnerables a padecer desnutrición.

GRÁFICA 8



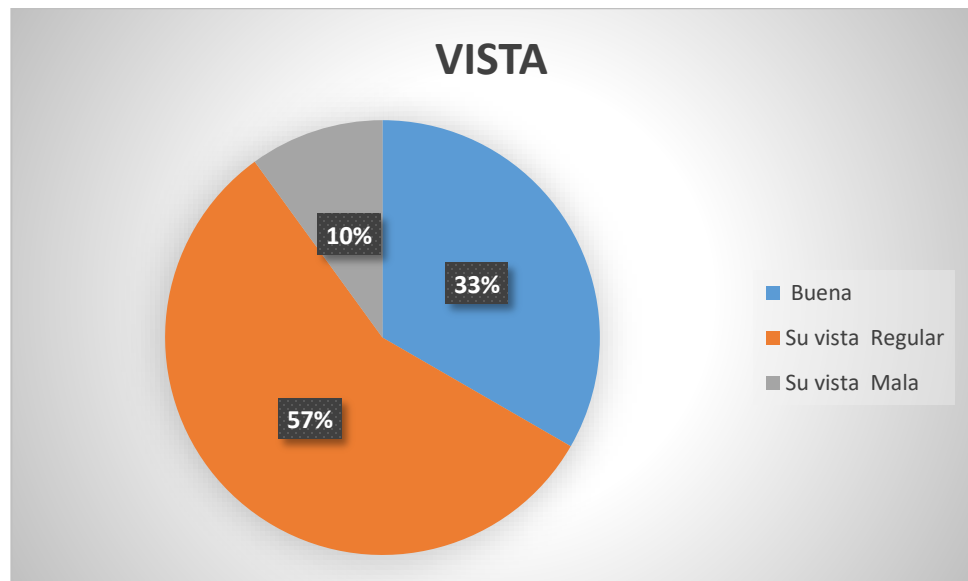
ANÁLISIS

La gráfica indica que el 93% es menos causante de problemas por no oír al 7%.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica un porcentaje menor resultado tener problemas familiares por no tener una buena audición, por lo tanto puede ser un factor para la depresión, estrés y desnutrición.

GRÁFICA 9



ANÁLISIS

La gráfica muestra que el 57% su vista es regular, el 33% su vista es buena y el 10% su vista es mala.

INTERPRETACIÓN

Por los resultados de la gráfica la mayoría de adultos mayores tienen una visión regular y el resto de ellos se encuentra entre mala y buena visión.

GRÁFICA 10



ANÁLISIS

La grafica indica que el 100% no tiene adicciones.

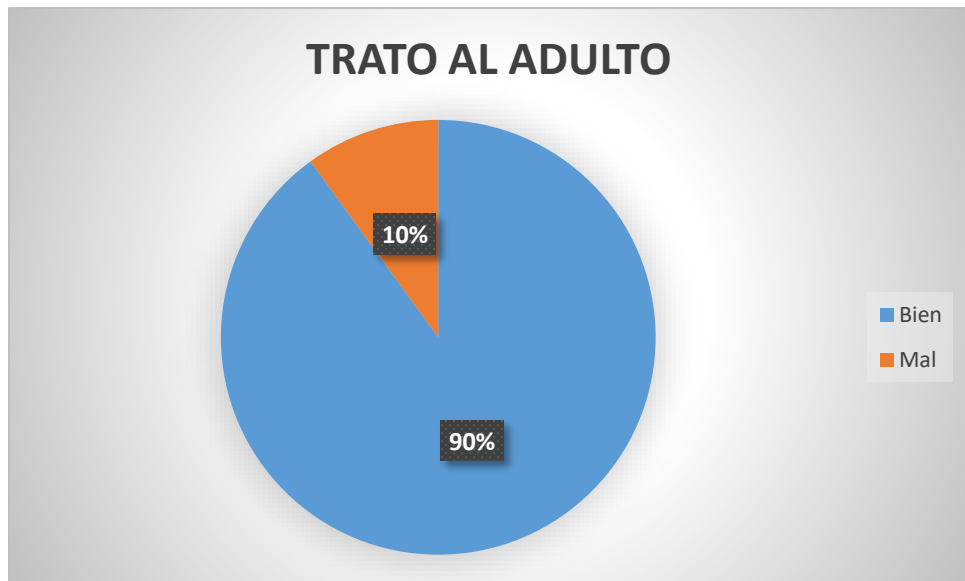
INTERPRETACIÓN

El resultado de la gráfica indica que todos los encuestados cuentan con una audición buena, por lo tanto le beneficia a su salud.

VI AUTOESTIMA

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
TRATO AL ADULTO	BIEN	27	90.0
	MAL	3	10
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
DISFRUTA SU FAMILIA	CONVIVIR	22	73.3
	PLATICAR	8	26.7
	SALIR	0	0
	OTROS	0	0.0
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
PARTICIPA EN LA FAMILIA	SI	19	63.3
	NO	11	36.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
FIESTAS FAMILIARES	SI	20	66.7
	NO	10	33.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
SALIR O ESTAR CASA	SALIR	21	70.0
	ESTAR SOLO	9	30.0
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
OPINION DE LA VIDA	BUENA	28	93.3
	MALA	2	6.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
ES FELIZ	SI	28	93.3
	NO	2	6.7
	TOTAL	30	100

GRÁFICA 1



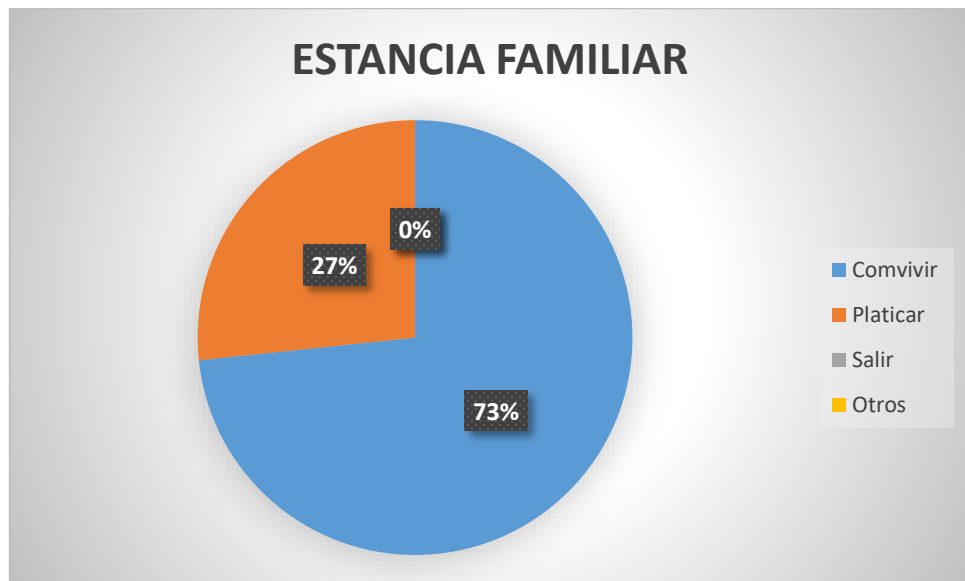
ANÁLISIS

La gráfica indica que el 90% le gusta el trato que le dan y el 10% no le gusta.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados podemos decir que a la mayoría de los encuestados les agrada el trato que les brindan todos los días en casa, por lo tanto esto indica que los familiares están al pendiente de ellos y sus necesidades, así mismo se previene la desnutrición.

GRÁFICA 2



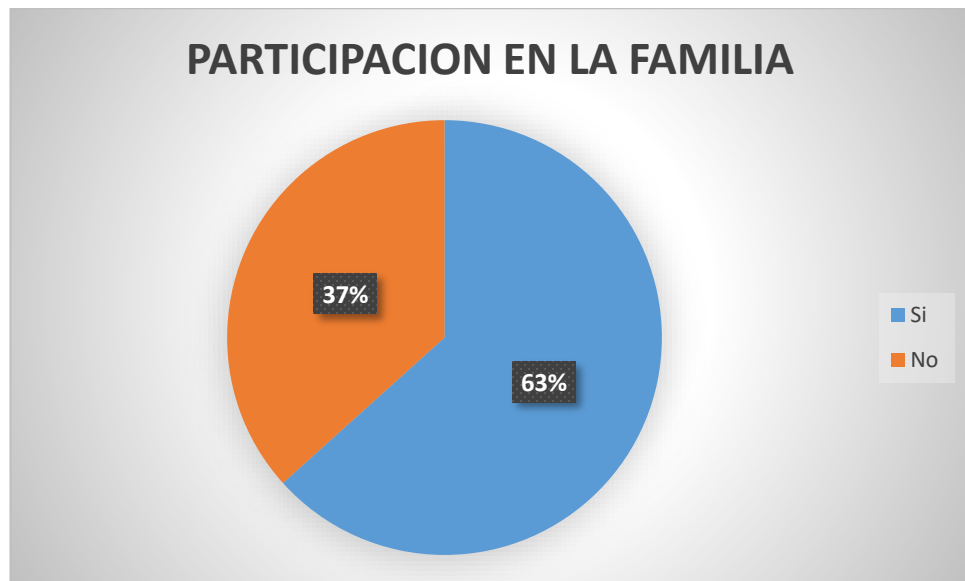
ANÁLISIS

La gráfica indica que el 73% convive en familia y el 27% en platicar con su familia.

INTERPRETACIÓN

Los resultados de la gráfica demuestran que más de la mitad de los encuestados disfrutan convivir en familia, lo cual es útil para la satisfacción emocional.

GRÁFICA 3



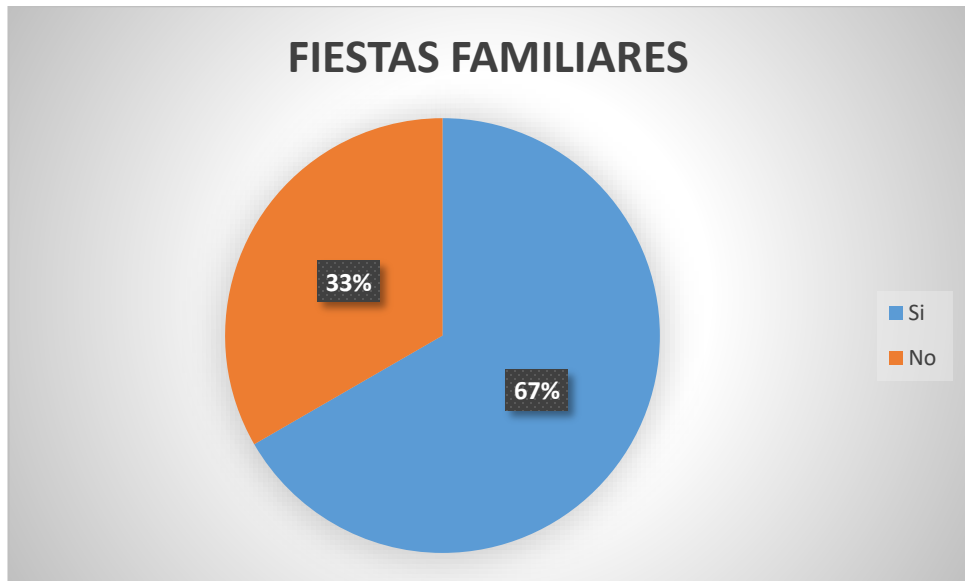
ANÁLISIS

La gráfica nos indica que el 63% participa en familia y el 37% no lo hace.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica se muestra que la mayoría de los encuestados son involucrados en las actividades diarias familiares, por lo tanto eso los beneficia emocionalmente.

GRÁFICA 4



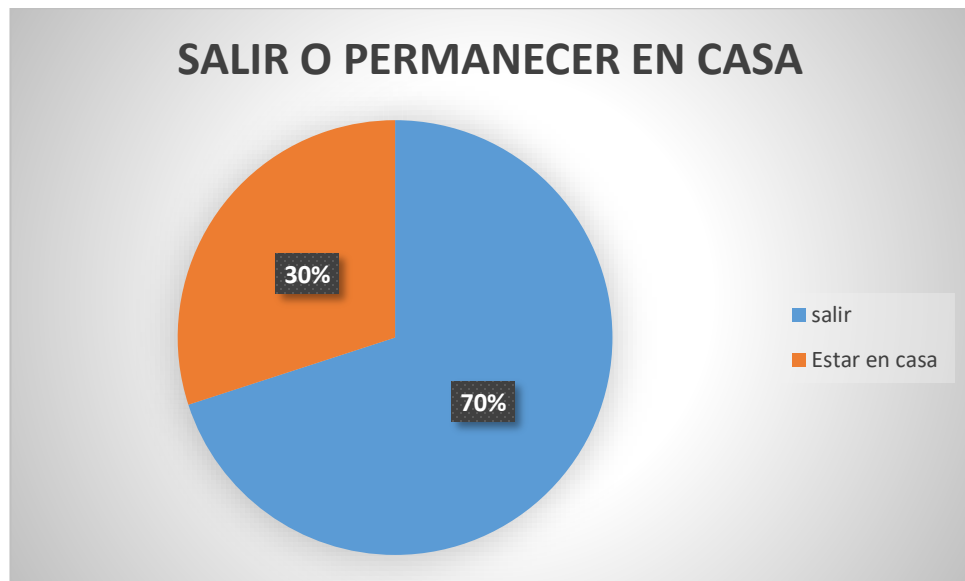
ANÁLISIS

La gráfica nos indica que el 67% si le agradan las fiestas familiares y el 33% no lo disfrutan.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica a un porcentaje mayor le agradan las fiestas familiares y disfrutan la estancia en familia, por lo tanto no son un riesgo.

GRÁFICA 5



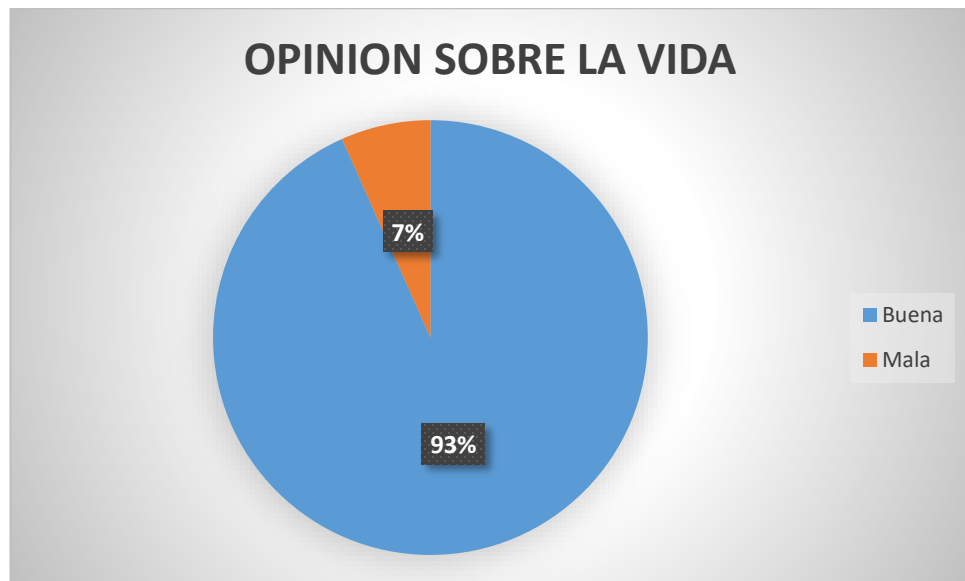
ANÁLISIS

La gráfica nos menciona que el 70% no les gusta salir de casa y el 30% prefiere salir.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica la mayoría de los encuestados prefieren salir de casa y convivir fuera de ella, a quedarse en casa. Esto los beneficia para la relación social y una mejor comunicación.

GRÁFICA 6



ANÁLISIS

La gráfica nos muestra que el 93% tiene buena opinión de la vida y el 7% está en desacuerdo a los demás.

INTERPRETACIÓN

Los resultados de la encuesta señalan que la mayor parte de los encuestados tienen una buena perspectiva de la vida lo cual habla muy bien de ellos, por lo tanto es un grupo menos vulnerable.

GRÁFICA 7



ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica indican que el 93% de los encuestados son felices y el 7% no son felices.

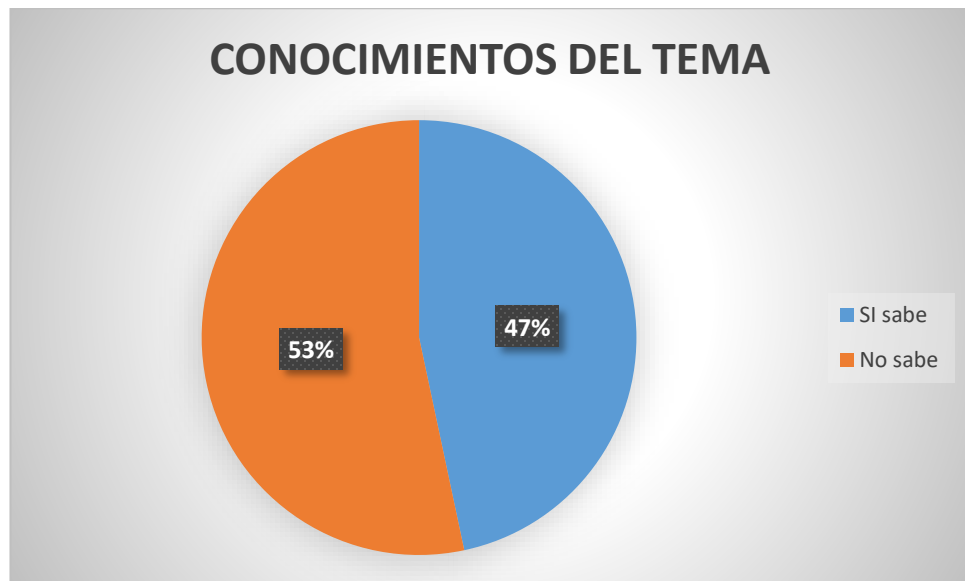
INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica muestran que la mayor parte son felices con sus vida, todo ello es más benéfico para sus salud emocional y social.

VII EDUCACIÓN

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CONOCIMIENTO DEL TEMA	SI SABE	14	46.7
	NO SABE	16	53.3
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
RECIBE ASESORÍA DE ALIMENTACIÓN	SI	10	33.3
	NO	20	66.7
	TOTAL	30	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
APLICA LO QUE LE ENSEÑAN	SI	16	53.3
	NO	14	46.7
	TOTAL	30	100

GRÁFICA 1



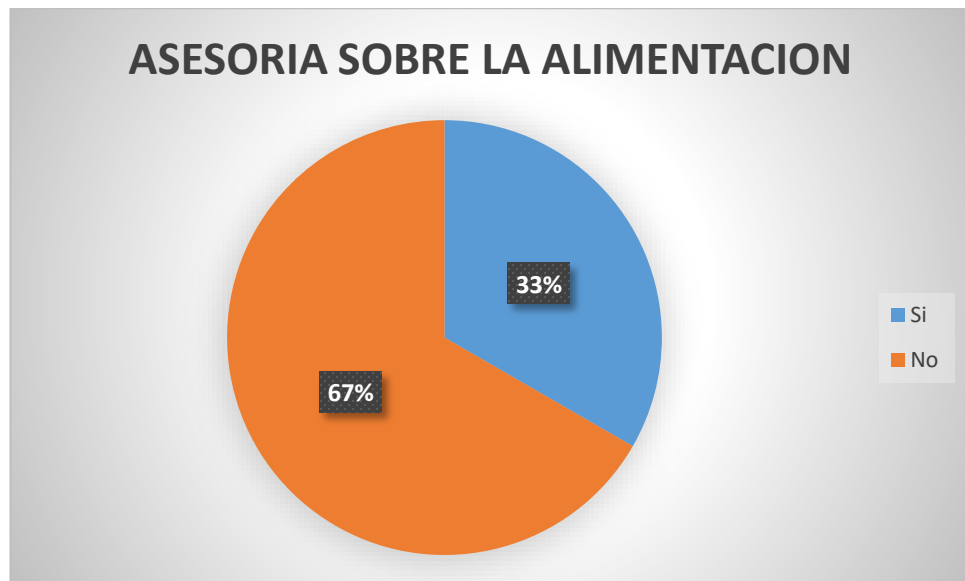
ANÁLISIS

Los resultados de la gráfica indican que el 53% cuentan con conocimientos del tema y el 47% no sabe de él.

INTERPRETACIÓN

Conforme a los resultados de la gráfica obtuvimos que la mayoría tiene conocimientos acerca de la desnutrición, esto es útil ya que gracias a ello prevenimos la desnutrición.

GRÁFICA 2



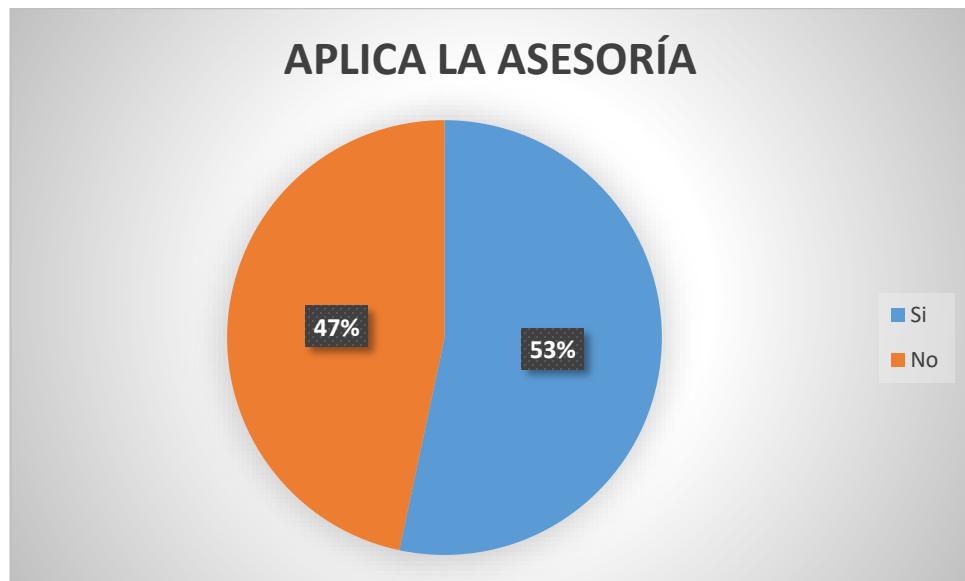
ANÁLISIS

La gráfica nos muestra que el 67% recibe asesoría de la alimentación y el otro 33% no ha recibido ningún tipo de asesoría.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de la gráfica la mayor parte de los encuestados si han recibido asesoría de la buena alimentación, debido a esto la incidencia de padecer desnutrición es baja.

GRÁFICA 3



ANÁLISIS

La gráfica nos muestra que el 53% aplica la asesoría de alimentación y el 47% no suele aplicar ningún conocimiento nuevo.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la gráfica la mayoría recibe asesoría de una buena alimentación y de acuerdo a eso ellos aplican sus nuevos conocimientos, por lo tanto esto les ayuda a tener menor riesgo de padecer desnutrición.

SUGERENCIAS Y PROPUESTAS

SUGERENCIA

- ✚ A la familia del adulto mayor, se les recomienda que tomen en cuenta la opinión de los adultos mayores para que así ellos se logren sentirse integrados en las actividades familiares.
- ✚ A la institución de salud, para que sus pláticas sean dirigidas para toda la familia del adulto mayor acerca de los alimentos que deben consumir.
- ✚ A sus hijos que enseñen a sus padres a elegir alimentos más saludables y complementar sus comidas con una colación que le brinde los nutrientes necesarios.
- ✚ A la familia, que planifique actividades sociales; con la familia, los vecinos y anímelo a que conozca más personas.
- ✚ Se sugiere que al familiar que es el responsable de preparar los alimentos en casa para que se esmere en la realización de un platillo apetitivo, nutritivo y con la higiene adecuada.

PROPUESTAS

Que la institución de salud de la colonia 24 de febrero realice actividades didácticas para implementar los temas “nutrición, alimentación, sobrepeso, entre otras”, que son importantes para prevenir ciertas enfermedades. Y así mismo, que las pláticas sean dirigidas tanto al adulto mayor como a la familia.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a la investigación “Factores que influyen en la desnutrición del adulto mayor de 60-75 años” llegamos a la conclusión de que nuestra hipótesis es nula, porque los factores que mencionamos como influyentes a la desnutrición del adulto mayor en nuestra muestra no se cumplió, debido a que la edad resultó ser un porcentaje que no puede influir a ser una de las causas para padecer desnutrición, adultos mayores con IMC en obesidad, sobre peso, peso bajo y peso normal fueron también diagnosticados, por lo cual podemos decir que la mayoría de ellos no están en riesgo de desnutrición, en cuanto a la educación, un índice elevado de ellos tienen la primaria trunca y un mínimo porcentaje que culminó la secundaria y algunos de ellos son analfabetas. Por otra parte nos mencionan que la mayoría de ellos son independientes al realizar sus actividades básicas de la vida diaria sin ningún problema.

En cuanto a sus hábitos alimenticios la mayoría de ellos no ha tenido pérdida de peso en el curso de los últimos meses, y una mínima cantidad si han perdido peso por presentar algunas patologías. Y así también podemos mencionar que los adultos mayores de 60 a 75 años de edad no han tenido pérdida del gusto, olfato, audición, visión y el tacto, a pesar de estar en el rango de edad que suele ser atacado por diferentes factores que podrían afectarlo a nivel sensorial.

Además, el apoyo familiar y los cuidados de la misma han sido proporcionados sin detalle, en cuanto a su alimentación la mayoría de los encuestados refieren recibir una alimentación regular y balanceada, la cual beneficia a su salud a pesar que una cierta cantidad de ellos cursan con algunas enfermedades crónicas pero aun así mantienen una buena alimentación.

A nivel autoestima la mayoría de ellos se siente satisfecho con su vida y con agrado al trato que se les brinda todos los días, toman en cuenta su opinión y se integran a las actividades diarias y cotidianas en el hogar.

Llegamos a la conclusión de que los adultos mayores encuestados no presentan factores de riesgo para sufrir desnutrición, se encontró a adultos mayores con conocimientos suficientes acerca del tema de desnutrición.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, G., Reyes Lamprea, M., & Tabares Murcia, J. (2016). Enfermería Universitaria. *La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para enfermería*, 200-206.
- Anonimo. (2008). Salud Publica en México. *Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional*, 1-8.
- Bernal, M. F., Vizmanos, B., & Rosa, A. J. (2008). La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropo*, 44-55.
- Escobedo, E., Encarnación , J., & Zabala Palacios, J. (2016). Desnutrición. *Estudio sobre la fuerza de asociación entre manifestaciones depresivas y estado nutricional en adultos mayores*, 10.
- Fernández, & Domínguez, S. (2010). Factores que influyen en la desnutrición. *Factores que influyen en la desnutrición*, 584.
- García, A. A., Lamprea-Reyes, L., & K, M.-T. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad. *La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad*, 200-206.
- García, A. A., Reyes , L., & Tabares , M. (2017). Enfermería Universitaria. *La nutrición en el adulto mayor*, pp. 199-206.
- Hipocrates. (1489). Medico griego . *El padre de la medicina* , 6.
- López, & Gabriel Hilerio, A. (2009). Estado nutricional en el adulto mayor institucionalizado. *Estado nutricional en el adulto mayor institucionalizado*, 8.
- Lorenzo, A. G., Mateos, & Álvarez, D. M. (2012). Envejecimiento y desnutrición. *nutrición hospitalaria*, 1060.
- Marina, E. (2019). Discriminación y olvido, la vida de un adulto mayor en Chiapas. *Por los derechos y calidad de vida de los adultos mayores*, 1-3.
- Mayor, A. s., Telesecundaria 670 , p., & Carranza, v. (2006). Veinticuatro de febrero . *Nuestro mexico* , 1,3,5,8.

- Pallás, & Capo, D. M. (2002). Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada. *Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada*, 4.
- Perez, e. (2000). La obesidad. *Redalyc*, 23-45.
- Ramos, s. I. (2019). *Pasión por educar*. Frontera comalapa : Maurimaps .
- Salud, & Escuela Nacional . (2012). Estado nutricional del adulto mayor en México. *Estado nutricional del adulto mayor en México*, 1.
- Sarmiento, & Del Rosario Bezares, V. (2013). Evaluación nutricional de adultos mayores de comunidades rurales de Chipas. *Nutrición comunitaria* , 61.
- Sarmiento, V. d., León, J. M., Coello, V. G., & Pascacio, M. d. (2017). Evaluación nutricional de población de adultos mayores de comunidades. *La Alimentación De nuestros Adultos Mayores en Latino america*, 59-70.
- Solis, J. G. (s/f). *Historia de comalapa y algo mas*. Frontera comalapa.
- 2001, V. E., J.C., C., & J., B. (2011). Manual de atención al anciano desnutrido. 1-305.
- Anónimo. (2013). Una mirada histórica. *También la vejez tiene su historia*, 69-73.
- Anónimo. (2013). Y también la vejez tiene su historia . *Una mirada histórica*, 69-73.
- Anónimo. (s/f). El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos psicológicos y sociales. *Unidad 2*, 21-38.
- Anónimo. (s/f). evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención. *Guía de Referencia Rápida*, 1-17.
- Araya, J. C. (s/f). Depresión una enfermedad común en el adulto mayor. *Revista médica de costarrica y centroamerica LXXII*, 427-429.

- Bernal, J. G., & De La Fuente, A. R. (2014). *Revista de Psicología. Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano*, 121-129.
- Born, D. M. (2017). La importancia de la familia para una mejor vejez . *Red De Salud* , 1-5.
- García, A. (2007). La educación del adulto mayor: Antecedentes y Perspectivas. *Recursos de Psicología y Educación*, 1-5.
- Iruela, I. R., García Moreno, M., Bordas Guijarro, J., Flores Carmona, M., & Carlos Martínez Manzanares, C. (2002). Deprivación sensorial. *tratado de geriatría* , pp.251-256.
- Iruela, I. R., García, M. M., Bordas, G. J., Flores, C. Á., & Martínez, M. C. (s/f). Deprivación sensorial. *Tratado de geriatría*, 251-256.
- Jaimés, E. L., Camargo Hernández, K., Campo Torregroza, E., & Martín Carbonell, M. (2017). Originales. *Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar*, 135-141.
- Jonis, & Llacta. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Rev Med Hered.*, 78-79.
- Macías Montero, C., Guerrero Díaz, T., Prado Esteban, F., Hernández Jiménez, V., & Muñoz Pascual, A. (2000). Malnutrición. *Tratado de geriatría*, pp22-242.
- Macías, M. C., Guerrero, D. T., Florentino, P. E., Hernández, J. V., & Muñoz, P. A. (s/f). Malnutrición. *Capítulo 22 Tratado de geriatría*, 227-228.
- Martínez, R., & Fernández, A. (2006). Desnutrición. *Modelo de análisis de impacto social y económico de la desnutrición* , 7,8,9.
- Martínez, R., & Fernández, A. (2006). Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina . *Manual* , 3-119.
- Narro, R. c., Melendez, J. C., Aleixandre, M., & Villanueva. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Cambio y socialización en la tercera edad*, 129-152.

- Narro, S. (., M. Aleixandre, P. De Vicente., J. C. Melendez, & I. Villanueva. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Cambio y socialización en la tercera edad*, 130-151.
- Narro, S. 1. (1945). La desnutricion. *Desnutricion* , pp 13-123 .
- OMS. (2008). Informe sobre la salud en el mundo, Informe actual, Informes anteriores. *Salud mundial: retos actuales*, P.1-99.
- Pfeiffer, C. C., & Sarabia Cobo, C. (2010). Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados. *Enfermería en el Envejecimiento*, 2-6.
- Salech, F., Jara, D. R., & Michea, D. L. (2011). Cambios fisiológicos. *Physiological changes associated with normal aging*, pp.19-29.
- Schneider, & M. F. Bernal Orozco, B. V. (2008). La nutricion del anciano como problema de salud publica. *Antropo*, pp 43-55.
- Serrano, D. J. (2013). El papel de la familia en el envejecimiento activo. *INFORME TFW*, 2-23.
- Venegas, Caballero García, J., & Benítez Rivero, J. (2011). Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud . 1-305.
- (s.f.).
- Cortés Cortés, M., & Iglesias León, M. (2004). Generalidades sobre Metodología. *Universidad Autónoma Del Carmen*, 1-105.
- Cazau, P. (2006). 2-194.
- Cazau, P. (2006). Introducción a la investigación en ciencias sociales . 2-194.
- cortes cortes, M., & Iglesias leon, M. ((2004)). Generalidades sobre Metodologia de la Investigacion. *Universidad Autonoma Del Carmen*, 10.
- Cortés, C. E., & Iglesias, L. M. (2004). Generalidades sobre Metodología de la Investigación. *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*, 1-105.

- Cortés, C. M., & Iglesias, L. M. (2004). Generalidades sobre Metodología. *Universidad Autónoma del Carmen*, 1-105.
- Cortés, D. M., & Iglesias León, M. (2004). Generalidades sobre Metodología. 2-101.
- Frias de las ciencias, I. t. (s.f.). Feria de las ciencias, la tecnología y la innovación .
- Hernandez Sampieri, R. (2006). Metodología de la investigación. *Metodología de la investigación*, 1-882.
- ITSON. (2006). Dirección de la cultura física y el deporte. En C. Bernal, *Técnicas e instrumentos* (págs. 1-36). México: Pearson.
- León, M. E. (2004). Generalidades sobre Metodología. *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN*, 1-105.
- Méndez, R. A., & Astudillo, M. M. (2008). La investigación en la era de la información . En M. R. Alejandro, *La investigación en la era de la información* (págs. 1-54). México : Trillas .
- Rivero, D. S. (2008). *metodología de la investigación*, 1-94.
- Rosa, J. P. (1998). Elementos básicos para la investigación clínica . *Metodología de la investigación*, 1-93.
- Salomón, B. R. (2008). Metodología de la investigación . *Introducción a la Metodología de la Investigación* , 1-94.
- Salvadó, I. E. (s/f). *tipos de muestreo*, 1-22.
- Cortés, C. E., & Iglesias, L. M. (2004). Generalidades sobre Metodología de la Investigación. *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*, 1-105.
- Frias de las ciencias, I. t. (s.f.). Feria de las ciencias, la tecnología y la innovación .
- ITSON. (2006). Dirección de la cultura física y el deporte. En C. Bernal, *Técnicas e instrumentos* (págs. 1-36). México: Pearson.
- Méndez, R. A., & Astudillo, M. M. (2008). La investigación en la era de la información . En M. R. Alejandro, *La investigación en la era de la información* (págs. 1-54). México : Trillas .

- Rosa, J. P. (1998). Elementos básicos para la investigación clínica .
Metodología de la investigación, 1-93.
- Salomón, B. R. (2008). Metodología de la investigación . *Introducción a la Metodología de la Investigación* , 1-94.
- Velázquez, A. P. (s/f). tipos de muestreo . *Diplomado en análisis de información geoespacial* , 1-14.
- Cortés Cortés, Manuel E. y Miriam Iglesias León. «Generalidades sobre Metodología.» *Universidad Autónoma Del Carmen* (2004): 1-105.
- Behar Rivero, Daniel Salomon. «Metodología de la investigación.» *Introducción a la metodología de la investigación* (2008): 1-94.
- Cortés Cortés, Manuel E. y Miriam Iglesias León. «Generalidades sobre Metodología de la Investigación.» *Universidad Autónoma Del Carmen* ((2004)): 10.
- Cortés, Cortés Manuel E. y León Miriam Iglesias. «Generalidades sobre Metodología.» *Universidad Autónoma del Carmen* (2004): 1-105.
Documento.
- Hernandez Sampieri, Roberto. «Metodología de la investigación.» *Metodología de la investigación* (2006): 1-882.
- León, Manuel E. Cortés Cortés Miriam Iglesias. «Generalidades sobre Metodología.» *Universidad Autónoma Del Carmen* (2004): 1-105.

ANEXOS



FOTO TOMADA POR LOS TESISISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019



FOTO TOMADA POR LOS TESISISTAS EN LA COLONIA 24 DE FEBRERO, MUNICIPIO DE FRONTERA COMALAPA, EL 05/06/2019

CUESTIONARIO

FECHA: 15/06/19

Nº DE CUESTIONARIO: 17

Este cuestionario servirá para el llenado de datos importantes en nuestro proyecto acerca de "Los adultos mayores de 60 a 75 años". Puede confiar en que será tratado de manera confidencial.

I. DATOS PERSONALES

Edad: 64 Sexo: Fem Ocupación: Ama de Casa
Peso: 76 (Kg) Estatura: 1.62 IMC: 30
Escolaridad: analfabeta

II. DATOS FAMILIARES

1. ¿Vive su esposo (a)?
a) Sí b) no si responde que no, con quién vive: No viven juntos.
2. En su casa, ¿quién más vive? 5 personas más
3. ¿Quién está al pendiente de sus cuidados? Sus hijos
4. ¿Quién se encarga de preparar los alimentos? Ella.
5. ¿Usted come sólo o alguien más lo acompaña?
a) Solo b) acompañado
6. ¿Consume solo sus alimentos o alguien más le ayuda? ella sola.
7. ¿Se siente apoyado por su familia?
a) Sí b) no

III. DATOS ECONÓMICOS

8. ¿Recibe usted apoyo económico de algún familiar?
a) Sí b) No de quién su hijo
9. ¿Usted trabaja?
a) Sí b) No ¿En qué? Cocina
10. ¿Se siente satisfecho con su vida económica?
a) Sí b) No

11. ¿En que gasta usted su dinero propio?

-Comida -Ropa -Electrodomésticos -Deudas -Para gastos de su casa
-Le da gastos a sus nietos

12. ¿Usted se hace cargo de alguien?

a) Sí b) No

13. ¿Recibe usted algún apoyo de gobierno?

a) Sí b) No

IV. HÁBITOS ALIMENTICIOS

14. ¿Cómo considera usted su alimentación?

a) Buena -b) regular c) mala

15. ¿Sabe usted qué es la desnutrición?

a) Sí b) No

Si respondió que sí, qué sabe: *Falta de peso*

16. ¿Conoce usted el plato del buen comer y la jarra del buen beber?

a) Sí b) No

Si respondió que sí, qué sabe: *La alimentación.*

17. ¿Consume Frutas por lo menos 3 veces a la semana?

a) A veces b) Muy pocas veces c) Frecuentemente

18. ¿Consume huevos, queso, leche por lo menos 3 veces a la semana?

a) A veces b) Muy pocas veces c) Frecuentemente

19. ¿Consume verduras por lo menos 3 veces a la semana?

a) A veces b) Muy pocas veces c) Frecuentemente

20. ¿Cuántas tortillas se come en cada comida?

a) Una b) Dos c) Tres d) Más de 4 ¿Cuántas? _____

21. ¿Cuántas comidas hace al día?

a) Una b) Dos c) Tres d) Más de 4 ¿Cuántas? _____

22. ¿Siente usted los sabores de la comida?

a) Sí b) No c) Poco

24. ¿Le gusta la comida que le preparan?

a) Sí b) No

25. ¿Consume usted carnes rojas?

a) Sí b) No c) A veces

26. ¿Cuáles son sus horarios de comida?

9:00 am 7:00 pm.
3:00 pm

27. ¿Come a la misma hora todos los días?

No, a veces come en otros horarios.

28. ¿Se le dificulta consumir (comer, triturar) algunos alimentos?

a) Sí b) No

29. ¿Cuántos vasos de agua bebe al día? 8-10 vasos

V. SALUD

30. ¿Sufre usted de alguna enfermedad?

a) Si b) no

Si respondió que sí, cuál Colitis Nerviosa

31. ¿Cada cuánto va al médico? Cuando es necesario

32. ¿Quién lo acompaña a sus citas médicas? su hijo.

33. ¿Ha perdido peso en el curso de los últimos meses?

a) Sí b) No

34. ¿Tiene buen apetito?

a) Sí b) No

35. ¿Considera usted que escucha bien?

a) Sí b) No

36. ¿Los problemas para oír han causado discusiones en su familia?

Sí No

37. ¿Qué tan buena considera su vista?

a) Buena c) Regular c) Mala

38. ¿Usted consume alcohol o tabaco?

a) Si b) no

VI.- AUTOESTIMA

39. ¿Le gusta como lo tratan todos los días?

a) Sí b) No ¿Por qué? _____

40. ¿Qué es lo que más disfruta hacer con su familia? La convivencia

41. ¿Su familia lo involucra en actividades diarias?

a) Si b) No

42. ¿Le gustan las fiestas familiares?

a) Sí b) No ¿Por qué? _____

43. ¿Prefiere salir o quedarse en casa?

a) Sí b) No ¿Por qué? Me gusta salir con la familia.

44. ¿Qué opina de la vida? Hay que disfrutarla y es muy bonita.

45. ¿Es usted feliz?

a) Si b) no

VII.- EDUCACIÓN

46. ¿Ha escuchado el tema de desnutrición?

a) Si b) no

Si responde que sí, de dónde Pláticas de la clínica

47. ¿Usted recibe asesoría sobre la buena alimentación?

a) Si b) no

48. ¿Pone en práctica lo que le enseñan a cerca de la buena alimentación?
sí, lo que se puede se realiza.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. ¿La persona es delgada? Regular, comento que siempre ha sido así
2. ¿Su familia está pendiente de él? Sí
3. ¿Cuenta con lo necesario para vivir solo? Sí
4. ¿Lo tratan bien? Sí
5. ¿Se ve feliz o entusiasta? Sí
6. ¿Atienden los familiares a las visitas del adulto mayor? Sí
7. ¿Cuenta con ropa limpia y zapatos cómodos? Sí
8. ¿Los familiares prestan atención a sus preguntas? Sí
9. ¿La persona que lo cuida está al tanto de lo que necesita? Sí
10. ¿El adulto mayor se mueve por sí solo? Sí
11. ¿Vive en casa propia? Sí
12. ¿Tiene úlceras o lesiones en Miembros superiores e inferiores? NO
13. ¿De qué material es la casa donde vive? Block, piso firme, lamina .
14. ¿Cuentan con agua potable? Sí
15. ¿Cuenta con Luz? Sí
16. ¿Tienen drenaje (fosa, letrina)? Sí
17. ¿Vive acompañado? Sí
18. Probabilidad de desnutrición: Ninguna
19. Que tan sano se ve 1-10 : 8 1/2
20. ¿Usa bastón para caminar? NO
21. ¿Toma agua hervida o de la llave? Sí
22. ¿escucha con regularidad? Sí
23. ¿El adulto mayor presta atención? Sí

LAMINA DE EXPOCICION

El plato del Buen Comer
La Jarra del Buen Beber

El Plato del Buen Comer

El plato del Buen Comer se divide en cinco secciones:

- CEREALES** (parte superior)
- LEGUMINOSAS Y FRUTAS** (parte superior derecha)
- VERDURAS Y HORTALIZAS** (parte derecha)
- CARNE Y PESCES** (parte inferior derecha)
- LÁCTEOS** (parte inferior)

Se incluye un icono de tenedor y cuchara.

La Jarra del Buen Beber

La jarra del Buen Beber se divide en niveles de consumo:

NIVEL	CONTENIDO
NIVEL 6	0 VASOS Δ
NIVEL 5	0-1½ VASO Δ
NIVEL 4	0-2 VASOS*
NIVEL 3	0-4 TAZAS
NIVEL 2	0-2 VASOS
NIVEL 1	6-8 VASOS

AGUA POTABLE NATURAL

CAFÉ Y TÉ SIN AZÚCAR

BEBIDAS AZUCARADAS Y CON EDULCORANTES

LECHE SEMI Y DESCREMADA, BEBIDAS DE SOJA, SIN AZÚCAR ADICIONADO.

AGRADECIMIENTOS

Elaborado por el Comité de Alimentos y Nutrición

Elaborado en Medicina

FUENTE: NOM-143-SSA3-2009

TRÍPTICO

¿Qué entendemos por alimentación saludable?

Es aquella que nos aporta la cantidad de energía (calorías) y nutrientes que necesitamos para mantenernos sanos.

Los alimentos nos proporcionan la cantidad suficiente de proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas, para mantenernos sanos y ayuda a desarrollar mecanismos para defendernos de las enfermedades.

FUNCION DE CADA NUTRIENTE

• Proteínas

Sustancias necesarias para formar, mantener y reparar los órganos y tejidos del cuerpo. **Sus fuentes son la leche, yogurt, queso y queso, pescado, carnes y huevos.** Las legumbres cuando son combinadas con arroz o fideos mejoran la calidad de su proteína.



• Hidratos de Carbono

Principal fuente de energía en la alimentación diaria. **Sus fuentes principales son el pan, cereales, pastas, legumbres y azúcar.** De este último se recomienda un uso moderado.



¿Qué cambios físicos le ocurren al Adulto Mayor?

El proceso de envejecimiento se asocia a una serie de cambios en la función de nuestro cuerpo, por ello es importante que la familia del adulto mayor conozca aquellos que pueden afectar negativamente la salud y alimentación del anciano.

Los cambios que más se relacionan con la nutrición son:

- **Disminución de la capacidad del gusto y el olfato:** no percibe con facilidad los sabores dulces y salados lo que produce en el adulto mayor una ingesta menor de las comidas necesarias.
- **Pérdida de piezas dentarias:** lo cual no permite una masticación adecuada de los alimentos. Por esto muchos pacientes dejan de consumir alimentos importantes como las carnes (fuentes de proteínas) favoreciendo la aparición de desnutrición.
- **Estreñimiento:** Rerelacionado con la menor capacidad de movimiento que tiene el tubo digestivo a esta edad y el menor consumo de alimentos ricos en fibra, lo cual provoca un uso exagerado de laxantes.

El buen manejo por parte de la familia asegurará una alimentación equilibrada del adulto mayor a su cuidado.



Instructivo ALIMENTACION SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR



INVIERTE EN NUTRICIÓN AHORRA EN MEDICINA

Guía de Alimentación en el Adulto Mayor

- CONSUMA DIFERENTES ALIMENTOS DURANTE EL DÍA (TENIENDO COMO BASE LA PIRÁMIDE ALIMENTARIA).
- AUMENTE EL CONSUMO DE VERDURAS, FRUTAS Y LEGUMBRES.
- USE, DE PREFERENCIA, ACEITES VEGETALES (DE OLIVA, MARAVILLA) Y DISMINUYA LAS GRASAS DE ORIGEN ANIMAL (MANTEQUILLA, TOCINO, MAYONESA).
- PREFIERA LAS CARNES BLANCAS (PESCADO, POLLO O PAVO), A LAS CARNES ROJAS.
- AUMENTE EL CONSUMO DE LECHE, DE PREFERENCIA DE BAJO CONTENIDO GRASO (DESCREMADA O SEMIDESCREMADA).
- REDUZCA EL CONSUMO DE SAL PARA EVITAR PROBLEMAS DE HIPERTENSIÓN.
- MODERE EL CONSUMO DE AZÚCAR.

Plan Alimentación del Adulto Mayor

Para lograr sus beneficios, estos alimentos deben consumirse en la siguiente cantidad diaria:

- 2 a 3 tazas leche semi-desercmada o yogurth*
- 1 porción de pescado fresco o en conserva, pollo o pavo o 1 huevo**
- 2 platos de verduras crudas o cocidas o en papillas.
- 2 a 3 frutas molidas o en jugos con su pulpa.
- 1 1/2 a 2 marraquetas o 4 rebanadas de pan de molde.
- 1 taza de legumbres cocidas 2 veces por semana.
- El resto de los días puede comer arroz, fideos o papas en guisos.
- 6 cucharaditas de aceite para cocinar y aliñar ensaladas.
- 4 cucharaditas de azúcar al día.
- 6 a 8 vasos de líquidos (agua, té, jugos, etc.)

* Un yogur, un trozo de queso o queso fresco reemplazan una taza de leche.

** El día que coma legumbres o huevo no necesita comer carnes.



Grasas

Proporcionan ácidos grasos esenciales que cumplen importantes funciones en nuestro organismo.

- Aportan una gran cantidad de calorías.
- Aportan vitaminas solubles en grasa (A, D, E, K).

Se recomienda el uso de aceite de oliva, maravilla, pepita de uva o con omega 3.



Vitaminas y Minerales

Las vitaminas se encuentran en frutas y verduras, son la principal fuente de fibra en nuestra dieta. Actualmente se recomienda consumir 5 colores distintos de estas al día, para aportar lo que nuestro organismo necesita.

Se sugiere especial cuidado en seleccionar alimentos ricos en minerales como el hierro (carnes), calcio (lácteos), magnesio, potasio y vitaminas como la A, C, D, E, ácido fólico.

